

# INFRASTRUTTURE SOCIALI

Linee Guida  
Strategiche Settoriali



# INDICE

INTRODUZIONE	3
KEY MESSAGES	4
<b>1. CONTESTO DI RIFERIMENTO</b>	<b>5</b>
1.1 QUADRO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI	6
1.2 POSIZIONAMENTO DELL'ITALIA: PUNTI DI FORZA E GAP DA COLMARE	10
<b>2. AREE DI FOCUS E PRIORITÀ STRATEGICHE</b>	<b>15</b>
2.1 INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE	16
2.2 INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ	17
2.3 INFRASTRUTTURE DELL'ABITARE	18
<b>3. FATTORI ABILITANTI E RUOLO DI CDP</b>	<b>20</b>
3.1 FATTORI ABILITANTI	21
3.2 RUOLO DI CDP	21
<b>4. INDICATORI DI PERFORMANCE PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI</b>	<b>24</b>
<b>5. RACCOMANDAZIONI</b>	<b>27</b>
<b>APPENDICE METODOLOGICA - VALUTAZIONE DEL GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP</b>	<b>30</b>

## I 10 CAMPI DI INTERVENTO DEL PIANO STRATEGICO 2022-2024 DI CDP



1 TRANSIZIONE ENERGETICA



2 ECONOMIA CIRCOLARE



3 SALVAGUARDIA DEL TERRITORIO



4 INFRASTRUTTURE SOCIALI



5 MERCATO DEI CAPITALI



6 DIGITALIZZAZIONE



7 INNOVAZIONE TECNOLOGICA



8 SOSTEGNO ALLE FILIERE STRATEGICHE



9 COOPERAZIONE INTERNAZIONALE



10 TRASPORTO / NODI LOGISTICI

## INTRODUZIONE

Il **Piano Strategico 2022-2024** individua 4 filoni strategici e **10 campi di intervento** dove concentrare in via prioritaria l'azione del Gruppo CDP, al fine di generare il massimo impatto sull'economia, date le risorse disponibili.

Per ciascuno dei 10 campi di intervento è prevista la redazione di un documento di **Linee Guida Strategiche Settoriali** che individua:

1. le **principali aree di focus e priorità di intervento**, utili a indirizzare le scelte operative del Gruppo CDP, a valutare il grado di coerenza strategica delle iniziative e a misurarne la relativa performance;
2. una **griglia di coerenza strategica**, da utilizzare nella valutazione delle iniziative di finanziamento/investimento in fase di istruttoria e ai fini del processo di scoring;
3. un **indicatore fisico** per ogni priorità strategica, da impiegare nel monitoraggio delle iniziative e nella valutazione dell'impatto ex-post dell'operatività del Gruppo CDP.

Le linee Guida Strategiche Settoriali si propongono di **orientare e accompagnare le scelte di finanziamento e investimento del Gruppo CDP**, coerentemente con quanto definito dal Piano Strategico 2022-2024. In particolare, i documenti integrano quanto già previsto dalle principali normative interne (es. Statuto) e contribuiscono alla definizione di policy sempre più orientate a promuovere iniziative capaci di generare impatto, non solo economico.

L'opportunità di estendere le indicazioni contenute nelle Linee Guida Strategiche Settoriali alle attività legate alla gestione di risorse per conto terzi (es. Ministeri), svolte in virtù di specifiche disposizioni normative, potrà essere valutata caso per caso. Le Linee Guida Strategiche Settoriali, inoltre, possono essere oggetto di deroga in presenza di indicazioni dettate da normative nazionali e/o comunitarie definite alla luce di specifici interessi economici generali.

L'applicazione delle Linee Guida Strategiche Settoriali è demandata alla revisione dei processi necessari per integrare quanto in esse contenuto nell'operatività del Gruppo incluse le procedure informatiche.

Il presente documento in particolare esplicita la strategia relativa al campo di intervento numero 4 "**Infrastrutture Sociali**".

Si segnala che alcuni temi legati alle infrastrutture sociali, come la **telemedicina** e la **ricerca universitaria**, verranno trattati nelle Linee Guida Strategiche settoriali dedicate, rispettivamente, alla Digitalizzazione e all'Innovazione Tecnologica.

### IL «CAMPO DI INTERVENTO» PER CDP: 4 FILONI STRATEGICI E 10 SFIDE

<p><b>1</b>  <b>Cambiamento climatico e tutela dell'ecosistema</b> Mitigare gli effetti e adattarsi al cambiamento</p>	<p><b>1</b>  <b>TRANSIZIONE ENERGETICA</b>, INFRASTRUTTURE E SERVIZI PER UN'ECONOMIA A BASSO IMPATTO DI CARBONIO</p> <p><b>2</b>  <b>ECONOMIA CIRCOLARE</b> ATTRAVERSO INNOVAZIONE DI PROCESSO E DI PRODOTTO</p> <p><b>3</b>  <b>SALVAGUARDIA DEL TERRITORIO E TUTELA DELLE RISORSE NATURALI</b> A PARTIRE DA QUELLA IDRICA</p>
<p><b>2</b>  <b>Crescita inclusiva e sostenibile</b> La crescita al servizio di tutti</p>	<p><b>4</b>  <b>INFRASTRUTTURE SOCIALI</b> PER GESTIRE SFIDE DEMOGRAFICHE (SOCIAL E SENIOR HOUSING), SUPPORTARE IL <b>SISTEMA FORMATIVO NAZIONALE</b> (SCUOLE, UNIVERSITÀ, RICERCA) E IL <b>SISTEMA SANITARIO</b> (OSPEDALI E ALTRE INFRASTRUTTURE SANITARIE), NUOVI STRUMENTI E INTERMEDIARI FINANZIARI A SOSTEGNO DI IMPRESE AD ELEVATO IMPATTO SOCIALE</p>
<p><b>3</b>  <b>Digitalizzazione e innovazione</b> Sviluppare gli strumenti per competere</p>	<p><b>5</b>  <b>MERCATO DEI CAPITALI</b> PIÙ AMPIO ED EFFICIENTE CHE SOSTENGA LA CRESCITA DELLE IMPRESE</p> <p><b>6</b>  <b>DIGITALIZZAZIONE</b> PER UN SISTEMA PAESE INNOVATIVO, COMPETITIVO, RESILIENTE E INFORMATICAMENTE PROTETTO</p> <p><b>7</b>  <b>INNOVAZIONE TECNOLOGICA DELLE IMPRESE</b> PER FAVORIRNE LA COMPETITIVITÀ</p>
<p><b>4</b>  <b>Ripensamento delle catene del valore</b> Posizionarsi nel mondo</p>	<p><b>8</b>  <b>SOSTEGNO ALLE FILIERE STRATEGICHE</b> E ALL'INTERNAZIONALIZZAZIONE PER UN MIGLIOR POSIZIONAMENTO NELLE CATENE GLOBALI DEL VALORE</p> <p><b>9</b>  <b>COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</b> PER COMBATTERE LE DISUGUAGLIANZE E RAFFORZARE IL RUOLO DELL'ITALIA</p> <p><b>10</b>  <b>TRASPORTO / NODI LOGISTICI</b> PER UN NUOVO RUOLO NEL MEDITERRANEO E IN EUROPA</p>

## KEY MESSAGES

- Le **infrastrutture sociali**, intese come l'insieme degli **asset funzionali alla soddisfazione di bisogni collettivi essenziali**, in particolar modo nell'ambito dell'**istruzione**, della **sanità** e dell'**abitare**, rivestono un ruolo importante nel perseguimento degli obiettivi definiti a livello sovranazionale dall'**Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile** e dalle **strategie europee** di settore.
- Le direttrici di sviluppo che emergono dal quadro internazionale devono essere lette alla luce di due **trend** che interessano il nostro Paese e che incidono sulla domanda di infrastrutture sociali nel loro complesso: (i) l'**evoluzione demografica della popolazione**, caratterizzata da un netto processo di **invecchiamento** e dalla **trasformazione delle strutture familiari**, e (ii) l'aumento delle **disparità socioeconomiche e territoriali**.
- L'Italia sconta **forti carenze** nelle **infrastrutture dell'istruzione**, come emerge dal basso tasso di copertura dei servizi per la prima infanzia e dall'elevata percentuale di studenti che abbandonano precocemente gli studi, e nelle **infrastrutture dell'abitare**, come evidenziato dalla marcata incidenza del disagio abitativo, mentre registra **risultati virtuosi** rispetto ai peer europei nell'ambito della **sanità**, pur a fronte di una **dotazione infrastrutturale che presenta forti eterogeneità** sul territorio.
- Le aree di focus, che indirizzano le priorità di intervento, si declinano come segue:
  - ▶ **infrastrutture dell'istruzione**. Si rende necessario provvedere da un lato al **potenziamento delle strutture funzionali all'erogazione di servizi per la prima infanzia** e, dall'altro, alla **riqualificazione** del patrimonio edilizio scolastico sotto il profilo della **sicurezza**, della **sostenibilità ambientale** e dell'**innovazione**, anche mediante la **realizzazione di nuovi edifici** e/o interventi di demolizione e ricostruzione di quelli esistenti, provvedendo ad ampliare gli **spazi adibiti a mense e impianti sportivi** per trasformare le scuole in poli aggregativi in grado di intercettare le necessità di studenti e famiglie oltre gli orari scolastici tradizionali;
  - ▶ **infrastrutture della sanità**. Gli interventi devono concentrarsi, in via prioritaria, sulla **rimodulazione dell'offerta di servizi ospedalieri e sociosanitari**, orientata alla razionalizzazione delle strutture ospedaliere e al contempo, ad una **maggiore diffusione e accessibilità delle strutture sul territorio**, e sull'**adeguamento delle infrastrutture alle esigenze della transizione ecologica e digitale** e ai **mutevoli bisogni di cura e assistenza** legati all'invecchiamento della popolazione mediante lo sviluppo, in particolare, di strutture di long-term care per la non autosufficienza;
  - ▶ **infrastrutture dell'abitare**. L'aumento delle situazioni di disagio socioeconomico e l'evoluzione dei profili della domanda abitativa presuppongono da un lato il **potenziamento dell'offerta di alloggi sociali a canone calmierato** e, dall'altro, **lo sviluppo di soluzioni abitative atte ad intercettare le esigenze di categorie sociodemografiche in forte crescita** (es. studenti fuorisede, giovani lavoratori, lavoratori ad elevata mobilità), da inserirsi in più ampi **processi di rigenerazione urbana**, in particolar modo nelle principali aree metropolitane del Paese dove la tensione abitativa è più alta, per trasformare territori vulnerabili in contesti urbani *smart* e sostenibili.
- In tale contesto, CDP può intervenire, secondo criteri di **addizionalità** e **complementarità**, **contribuendo a colmare i gap di investimento** in settori e territori in cui gli operatori di mercato non riescono a mobilitare risorse adeguate e **fornendo supporto alle Amministrazioni Pubbliche** nella gestione dei processi autorizzativi, anche al fine di contribuire alla loro semplificazione e/o accelerazione, nella programmazione degli interventi e nella messa a terra dei progetti.
- Per garantire **trasparenza** e **accountability** dei processi decisionali, CDP misurerà la qualità e l'impatto degli interventi supportati. A tal fine, per ciascun campo di intervento CDP si avvale di un set di KPI per il monitoraggio e la valutazione.



**1.  
Contesto  
di riferimento**

**1.1  
Quadro di riferimento  
internazionale per le  
infrastrutture sociali**

**1.2  
Posizionamento  
dell'Italia: punti di forza  
e gap da colmare**

# 1. CONTESTO DI RIFERIMENTO

## 1.1 QUADRO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI

 Le **infrastrutture sociali** definiscono l'insieme degli **asset funzionali all'erogazione di beni e servizi destinati alla soddisfazione dei bisogni essenziali della collettività** nell'ambito dell'istruzione, della salute, dell'abitare, della sicurezza e della giustizia. Esse costituiscono, in altri termini, la "spina dorsale" delle politiche di welfare sui cui si radica il modello di Stato Sociale europeo.

 Le infrastrutture sociali nel loro complesso compongono un insieme eterogeneo. Il perimetro cui fa riferimento **l'operatività di CDP**, in linea con la sua mission storica e con le direttrici tracciate dal Piano Strategico 2022-2024, si concentra principalmente su **tre tipologie di infrastrutture**:

- le **infrastrutture dell'istruzione**, in cui rientrano le strutture che ospitano servizi educativi per la prima infanzia, le scuole dell'infanzia, le scuole di primo e secondo ciclo, e le istituzioni per l'istruzione terziaria<sup>1</sup>;
- le **infrastrutture sociosanitarie**, che comprendono le strutture destinate ad ospitare servizi per l'assistenza ospedaliera, per l'assistenza sanitaria distrettuale e per l'assistenza sociosanitaria;
- le **infrastrutture dell'abitare**, cui afferiscono le infrastrutture destinate ai diversi profili della domanda abitativa non soddisfatta pienamente dal mercato, in particolare nella forma del social, student e senior housing.

 Nell'individuare un quadro di riferimento a livello sovranazionale occorre considerare che nelle policy internazionali **le infrastrutture sociali non vengono riconosciute come un unico segmento di intervento, né vengono spesso individuati obiettivi riconducibili ad un quadro di sviluppo organico e sistematico**, per due ordini di ragioni:

1. le infrastrutture sociali afferiscono, come detto, a **settori molto diversi tra loro**, per i quali è spesso impossibile stabilire degli obiettivi di sviluppo comuni;
2. **l'articolazione e il funzionamento dei sistemi di welfare variano significativamente tra Paesi**.  
Si noti, a titolo di esempio, l'eterogeneità nel funzionamento dei diversi sistemi sanitari e scolastici europei, da cui conseguono importanti differenze dal punto di vista infrastrutturale;

 Le linee di sviluppo delle infrastrutture sociali di interesse per l'operatività di CDP possono essere ricondotte, innanzitutto, al framework strategico definito dagli **obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG)** dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. In particolare, gli obiettivi di sviluppo sostenibile direttamente connessi al perimetro individuato sono l'obiettivo n. 4 **"Istruzione di qualità"** per le infrastrutture dell'istruzione, con riferimento alla necessità di realizzare sistemi d'istruzione inclusivi e orientati all'apprendimento continuo, l'obiettivo n. 3 **"Salute e benessere"** per le infrastrutture sanitarie, con riferimento alla necessità di assicurare l'accesso a servizi sanitari di qualità, e l'obiettivo n.10 **"Ridurre le disuguaglianze"** per le infrastrutture dell'abitare, con riferimento alla necessità di promuovere l'inclusione sociale.

<sup>1</sup> In questo documento si approfondiscono le infrastrutture che ospitano servizi educativi per la prima infanzia, le scuole dell'infanzia e le scuole di primo e secondo ciclo. Per approfondimenti sulle infrastrutture per l'istruzione terziaria, con riferimento sia alle infrastrutture di ricerca (università) che di formazione (ITS), si rimanda a "Linee guida strategiche – Innovazione tecnologica".

FIG. 1 – QUADRO STRATEGICO INTERNAZIONALE PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI



Fonte: Elaborazione CDP



Anche all'interno della **strategia europea** è possibile individuare tre principali framework di riferimento. In particolare:

- le infrastrutture sanitarie rientrano nella strategia **EU4Health 2021-2027**<sup>2</sup>, nata in risposta alla pandemia di Covid-19, che mira ad accrescere **la resilienza dei sistemi sanitari europei** mediante investimenti per oltre 5/mld nell'ambito di quattro macro obiettivi (incremento della capacità di prevenzione e promozione della salute; rafforzamento della capacità di rispondere alle minacce sanitarie transfrontaliere; miglioramento nella dotazione di dispositivi medici e di medicinali; potenziamento dei sistemi sanitari, puntando su trasformazione digitale, equità di accesso e maggiore cooperazione tra Stati membri);
- le infrastrutture dell'istruzione rientrano nel quadro delineato dall'**European Education Area strategic framework 2030**<sup>3</sup>, che fissa target specifici a livello comunitario in termini di performance scolastica (percentuale di quindicenni con competenze insufficienti in matematica, lettura, scienze e informatica inferiore al 15%), di contrasto alla dispersione scolastica (percentuale di giovani tra i 18 e i 24 anni che ha abbandonato gli studi fermandosi alla licenza media inferiore al 9%) e di sviluppo della formazione terziaria (percentuale della popolazione tra i 25 e i 34 anni con istruzione superiore pari ad almeno il 45%);
- le infrastrutture per l'abitare, infine, rientrano tra le priorità di sviluppo dettate dall'**European Pillar of Social Rights**, che sancisce la necessità di far accedere le persone in stato di bisogno a soluzioni abitative di qualità e a cui si rifà la più recente **Affordable Housing Initiative** inserita all'interno della strategia Renovation Wave sulla promozione dell'efficienza energetica degli edifici. Negli ultimi anni, l'edilizia sociale ha ricevuto una crescente attenzione da parte delle istituzioni europee come testimoniato anche dalla **risoluzione del Parlamento Europeo** del 21 gennaio 2021 sull'accesso a un alloggio dignitoso e a prezzi accessibili per tutti che ha definito cinque obiettivi comuni agli Stati membri (realizzazione di alloggi adeguati, salubri efficienti dal punto di vista energetico; contrasto al fenomeno dei senza dimora; implementazione di un approccio integrato all'edilizia sociale a livello UE; promozione di mercati immobiliari inclusivi; investimenti nell'edilizia abitativa sociale).

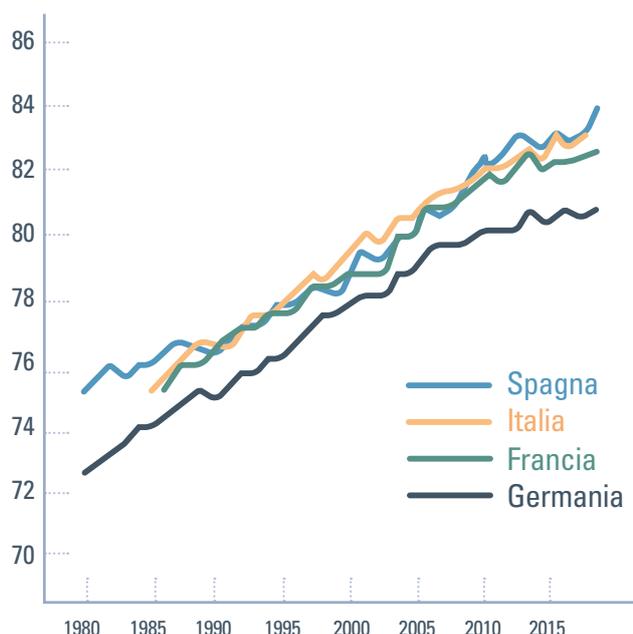


Le direttrici di sviluppo che emergono dal contesto sopra delineato devono essere lette alla luce di due trend che interessano il nostro Paese e che incidono sulla domanda di infrastrutture sociali nel loro complesso: (i) **l'evoluzione demografica della popolazione**, caratterizzata da un marcato processo di **invecchiamento** e dalla **ricomposizione delle strutture familiari**, e (ii) **l'aumento delle disparità socioeconomiche e territoriali**.

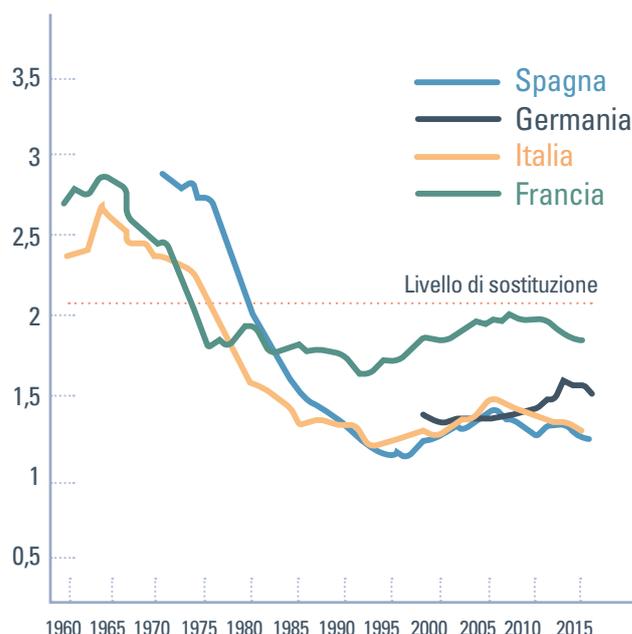
<sup>2</sup> Cfr. Regolamento (UE) 2021/522 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 che istituisce un programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 («programma UE per la salute»).

<sup>3</sup> Cfr. Council Resolution on a strategic framework for European cooperation in education and training towards the European Education Area and beyond (2021-2030) (2021/C 66/01).

GRAF. 1 - SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA (ANNI, MASCHI E FEMMINE)



GRAF. 2 - TASSO DI FECONDITÀ TOTALE (NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA)



Fonte: Elaborazione CDP su dati Eurostat



L'**invecchiamento della popolazione** è un fenomeno che accomuna tutte le società occidentali e che consegue da due dinamiche: l'**aumento della speranza di vita** e la **riduzione della natalità** (grafico 1 e grafico 2).

- In Italia entrambe le dinamiche sono particolarmente pronunciate, essendo il Paese UE con il più **elevato indice di dipendenza degli anziani** (36,2% nel 2020 atteso crescere al 61,5% nel 2050, a fronte di una media europea prevista crescere dal 32% nel 2020 al 52% nel 2050<sup>4</sup>) e con **uno dei più bassi tassi di fertilità** (1,27 figli per donna nel 2019, a fronte di una media UE di 1,53, ben al di sotto del cosiddetto livello di sostituzione pari a circa 2,1 per donna<sup>5</sup>).
- Entrambe le dinamiche concorrono, contestualmente, ad una **profonda rimodulazione delle strutture familiari**, che si riflette nel **ridimensionamento dei nuclei** (il numero medio di componenti è passato da 2,7 nel biennio 1999-2000 a 2,3 nel 2019-2020<sup>6</sup>) e nell'**aumento delle famiglie unipersonali** (33% del totale nel biennio 2019-2020, in crescita di oltre 10 p.p. rispetto al 1999-2000<sup>7</sup>).
- Questi cambiamenti si traducono in un **progressivo declino nella capacità delle famiglie di provvedere all'assistenza delle categorie fragili**, in un contesto in cui la **popolazione anziana non autosufficiente è prevista aumentare** da 2,9 milioni nel 2019 a quasi 5 milioni nel 2030<sup>8</sup>, mentre la popolazione affetta da più patologie croniche salirà dai 12,5 milioni del 2018 a 14 milioni nel 2028<sup>9</sup>.



Le trasformazioni demografiche si accompagnano ad un generale **inasprimento delle disparità socioeconomiche e territoriali**.

- In Italia, **la percentuale di famiglie che versano in condizioni di povertà assoluta è più che raddoppiata negli ultimi quindici anni** (dal 3,5% nel 2007 al 7,5% nel 2021), con un'incidenza che nel Mezzogiorno rimane strutturalmente più elevata che nel Nord (10% vs 6,7% nel 2021<sup>10</sup>). L'incremento del tasso di povertà assoluta è stato particolarmente accentuato nel caso dei **nuclei familiari giovani** (da 1,9% nel 2007 a 9,4% nel 2021<sup>11</sup>), da ricondursi anche all'**aumento della precarietà lavorativa** (occupati a termine in aumento dal 9,2% del 2010 al 12,9% nel 2021<sup>12</sup>).

<sup>4</sup> Eurostat. L'indice di dipendenza degli anziani è dato dal rapporto tra la popolazione over65 e la popolazione in età lavorativa (15-64).

<sup>5</sup> Eurostat. Il livello di sostituzione è il numero medio di figli necessario per garantire la stabilità della popolazione in assenza di flussi migratori tenendo conto del tasso di mortalità infantile.

<sup>6</sup> Istat, Annuario Statistico 2021.

<sup>7</sup> Istat, Annuario Statistico 2021.

<sup>8</sup> Istat, 2019. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021.

<sup>9</sup> Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane – Università Cattolica del Sacro Cuore, "XVI Rapporto Osservasalute", 2019.

<sup>10</sup> Eurostat, Istat.

<sup>11</sup> Istat. Per nuclei familiari giovani si intendono i nuclei in cui la persona di riferimento ha un'età compresa tra i 18 e i 34 anni.

<sup>12</sup> Eurostat.

- Le situazioni di fragilità sociooccupazionale si riferiscono, in particolar modo, all'**occupazione femminile**, che in Italia rimane oltre 15 p.p. sotto la media europea (52,3% vs 67,7% nel 2021<sup>13</sup>). Ciò vale soprattutto nel **Mezzogiorno** (dove lavora una donna su tre) e nel caso delle **giovani donne con figli in età prescolare**, il cui tasso di occupazione è inferiore a quello delle loro coetanee senza figli di oltre il 25%<sup>14</sup>. Tali dinamiche sono da ricondursi, innanzitutto, alle **difficoltà di conciliazione tra lavoro e famiglia**, in un contesto in cui le responsabilità di cura ricadono ancora principalmente sulle donne e l'offerta di servizi per la prima infanzia è fortemente limitata<sup>15</sup>.
- L'acuirsi delle situazioni di disagio socioeconomico si interseca, inoltre, con una crescente **polarizzazione dei divari territoriali**: persistono, infatti, i **flussi migratori interni** verso le regioni settentrionali e le aree metropolitane economicamente più dinamiche, che comportano lo **spopolamento delle zone rurali e periferiche** (le aree interne sono attese perdere un decimo della loro popolazione al 2030 rispetto al 2020<sup>16</sup>), soprattutto nel Mezzogiorno.
- **Le infrastrutture sociali sono interessate trasversalmente dalle dinamiche sopracitate** (figura 2). La pianificazione di interventi per lo sviluppo di strutture funzionali all'erogazione di servizi che rispondano ai bisogni collettivi nell'ambito dell'istruzione, della salute e dell'abitare non può infatti prescindere da considerazioni relative sia all'**evoluzione demografica dell'utenza**, su scala nazionale e locale, sia alle **mutate esigenze di individui e famiglie**.
- Ad esempio, la **contrazione della popolazione giovanile** (attesa ridursi di oltre 1,3 milioni tra il 2022 e il 2050 nella fascia 0-18 anni)<sup>17</sup> suggerisce che il **fabbisogno di nuovi edifici scolastici** nei prossimi decenni, **sarà modesto**, soprattutto nelle zone periferiche del Paese, orientando gli interventi a progetti di riqualificazione o sostituzione del patrimonio esistente. Allo stesso tempo, però, il **perseguimento della parità di genere**, nell'ambito delle responsabilità sia lavorative che di cura, **rende essenziale lo sviluppo di strutture per la prima infanzia**, funzionali ad una più agevole **conciliazione lavoro-famiglia**.
- Allo stesso modo, l'**incremento della popolazione anziana** e il **diradarsi delle reti di supporto familiare** sollevano la necessità, da un lato, di ampliare l'offerta di **strutture di cura e assistenza** per il **trattamento della cronicità** e della **non autosufficienza** e, dall'altro, di **sviluppare soluzioni abitative** volte a promuovere l'**invecchiamento attivo** al fine di ritardare o prevenire percorsi di istituzionalizzazione. Parimenti, l'aumento delle situazioni di fragilità socioeconomica e degli squilibri territoriali **alimentano il fabbisogno di edilizia sociale** nelle grandi aree metropolitane, dove la tensione abitativa è più alta, e accrescono, contestualmente, la necessità di sviluppare **forme di residenzialità a supporto di nuove componenti della domanda abitativa** (es. lavoratori dall'elevata mobilità, studenti fuorisede, famiglie mononucleari) che faticano a trovare soluzioni congrue alle loro necessità sul libero mercato.

FIG. 2 – DRIVER SOCIODEMOGRAFICI CHE INCIDONO SULLA DOMANDA DI INFRASTRUTTURE SOCIALI



Fonte: Elaborazione CDP

<sup>13</sup> Eurostat.<sup>14</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze. "Bilancio di Genere per l'esercizio finanziario 2020".<sup>15</sup> Cfr Sezione 1.3.1 del presente documento.<sup>16</sup> Istat, "Report Previsioni della Popolazione Residente e delle Famiglie", 2021.<sup>17</sup> Istat, Previsioni demografiche della popolazione. Giova ricordare che le previsioni demografiche presentano importanti margini di incertezza con riferimento, in particolare, ai flussi migratori internazionali.

## 1.2 POSIZIONAMENTO DELL'ITALIA: PUNTI DI FORZA E I GAP DA COLMARE

 <b>Punti di forza</b>	 <b>Gap da colmare</b>
<p><b>Forte incremento del tasso di partecipazione scolastica</b></p> <hr/> <p><b>Efficacia complessiva del sistema sanitario superiore rispetto ai peer europei</b></p> <hr/> <p><b>Collaborazione virtuosa tra pubblico e privato nell'ambito dell'edilizia sociale</b></p>	<p><b>Asilo nido:</b> offerta complessivamente inadeguata, particolarmente carente nel Mezzogiorno</p> <p><b>Edilizia scolastica:</b> forte carenza in termini di <b>sicurezza, efficienza energetica e disponibilità</b> di spazi adibiti a <b>mense e palestre</b>, soprattutto nel Mezzogiorno</p> <hr/> <p><b>Infrastrutture ospedaliere e ambulatoriali:</b> forti divari territoriali, scarsa accessibilità nel Mezzogiorno</p> <p><b>Strutture di long-term care:</b> offerta inadeguata a fronte dell'aumento della popolazione non autosufficiente</p> <hr/> <p><b>Social housing:</b> stock insufficiente per rispondere al crescente disagio abitativo</p> <p><b>Student housing:</b> disponibilità di alloggi per studenti al di sotto dei peer europei</p> <p><b>Senior housing:</b> comparto poco sviluppato</p>

### 1.3.1 Infrastrutture dell'istruzione

 Infrastrutture per l'istruzione quantitativamente e qualitativamente adeguate sotto il profilo della diffusione sul territorio, della sicurezza, della sostenibilità e dell'innovazione sono fondamentali per **lo sviluppo del capitale umano sin dalle prime fasi di vita**. Lo sviluppo di capacità cognitive e non cognitive nella prima infanzia, infatti, è cruciale per lo sviluppo di altre capacità nelle fasi successive della vita<sup>18</sup>.

 Sebbene in crescita, tuttavia, **l'offerta di servizi educativi per la prima infanzia è complessivamente carente**. A fine 2019, i posti a disposizione negli asili nido in Italia erano circa 361mila, gestiti in misura paritetica da soggetti pubblici e privati, distribuiti su oltre 13.800 strutture<sup>19</sup>. **Il tasso di copertura della fascia 0-2 anni è pari al 26,9%, al di sotto del target UE del 33%** che i Paesi europei si erano impegnati a raggiungere entro il 2010<sup>20</sup> e soprattutto ben lontano dai livelli registrati dai principali peer, come Spagna (57,4%) e Francia (50,8%)<sup>21</sup>. Il dato nazionale nasconde, però, una **marcata eterogeneità a livello territoriale**. La copertura si attesta, infatti, al di sopra dell'obiettivo europeo nel Centro Italia (35,3%) e leggermente al di sotto nel Nord (32,7%), mentre è ancora molto lontana dal target comunitario nel Mezzogiorno (14,9%).

 **Forti disparità territoriali** si registrano anche sul fronte dell'**edilizia scolastica** con riferimento agli edifici afferenti alle scuole statali dell'infanzia e di primo e secondo ciclo<sup>22</sup>. Le **scuole del Mezzogiorno** presentano carenze importanti soprattutto in termini di disponibilità di **spazi adibiti a mense** (presenti solo nel 20% delle scuole di primo ciclo, ben al di sotto della media nazionale che si attesta intorno al 50%) e **palestre** (presenti solo nel 62% delle scuole, circa 10 p.p. sotto la media nazionale<sup>23</sup>).

<sup>18</sup> Heckman J. J., (2006), "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children", Science 312, pp. 1900-1902.

<sup>19</sup> Istat, "Nidi e servizi integrativi per la prima infanzia | Anno educativo 2019-2020", 2021.

<sup>20</sup> Il target è stato fissato a livello comunitario in sede del Consiglio europeo di Barcellona nel 2002.

<sup>21</sup> Istat, "Nidi e servizi integrativi per la prima infanzia | Anno educativo 2019-2020", 2021; Eurostat, 2019.

<sup>22</sup> Ove non indicato diversamente, le statistiche sull'edilizia scolastica riportate nel presente documento sono state elaborate partendo dagli open data dell'Anagrafe dell'Edilizia Scolastica (AES) relativi agli oltre 40.000 edifici scolastici statali presenti sul territorio nazionale (ad esclusione di quelli del Trentino Alto-Adige), messi a disposizione dal Ministero dell'Istruzione, aggiornati all'Anno Scolastico 2020/2021.

<sup>23</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021.

FIG. 3 – I NUMERI DEI GAP NELLE INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE IN ITALIA

<p><b>OFFERTA DI ASILO NIDO</b></p> <p><b>24,6%</b></p> <p>IL TASSO DI COPERTURA SULLA POPOLAZIONE 0-2 ANNI</p>	<p><b>EFFICIENZA ENERGETICA SCUOLE</b></p> <p><b>&gt;70%</b></p> <p>DEGLI EDIFICI SCOLASTICI NELLE ULTIME TRE CLASSI ENERGETICHE</p>	<p><b>DOTAZIONE MENSE</b></p> <p><b>80%</b></p> <p>DELLE SCUOLE PRIMARIE DEL MEZZOGIORNO SENZA MENSA</p>
<p><b>SICUREZZA SCUOLE</b></p> <p><b>&gt;60%</b></p> <p>DELLE SCUOLE IN ZONE AD ELEVATO RISCHIO SISMICO NON ADEGUATE ALLA NORMATIVA ANTISISMICA</p>	<p><b>DOTAZIONE IMPIANTI SPORTIVI</b></p> <p><b>40%</b></p> <p>DELLE SCUOLE DEL MEZZOGIORNO SENZA PALESTRA</p>	

Fonte: Elaborazione CDP su dati Istat, Ministero dell'Istruzione, Legambiente

Il patrimonio edilizio scolastico nel suo complesso sconta un **importante grado di vetustà** (quasi due edifici scolastici su tre, in Italia, hanno più di 50 anni), che si manifesta in particolare sotto il profilo dell'**efficienza energetica** (meno del 60% degli edifici riporta, infatti, la presenza di accorgimenti per la riduzione dei consumi energetici<sup>24</sup>, mentre oltre il 70% si situa nelle ultime tre classi energetiche<sup>25</sup>), della **sicurezza antisismica** (solo il 35% degli edifici scolastici situati in comuni ubicati in zone ad elevato rischio sismico sul territorio nazionale è stato progettato o successivamente adeguato alla normativa antisismica<sup>26</sup>) e della **digitalizzazione** (attualmente solo il 17% degli edifici scolastici è raggiunto dalla fibra ottica, in grado di garantire connettività ad 1Gbit/s come richiesto dagli obiettivi di trasformazione digitali a livello UE al 2025<sup>27</sup>). La vetustà degli edifici, inoltre, rende difficilmente o solo parzialmente implementabili percorsi di **didattica innovativa** (c.d. "didattica laterale"), data la prevalenza di canoni architettonici non compatibili con la configurazione di ambienti di apprendimento flessibili e moderni. A queste criticità, si aggiungono forti carenze sotto il profilo della manutenzione, riconducibili alla scarsità di risorse a disposizione degli Enti Territoriali per spese correnti dedicate alla gestione infrastrutturale dei plessi scolastici.

La dotazione infrastrutturale incide sulla **capacità delle scuole di offrire servizi**, come il **tempo pieno** (presente in oltre il 40% delle scuole del Nord, ma in meno del 20% al Sud e nelle Isole), che rivestono un ruolo di primaria importanza nell'intercettare situazioni di fragilità socioeducative a supporto delle famiglie. Più in generale, la dotazione e la qualità dei complessi scolastici e dei servizi ad essi collegati, infatti, incidono sulla capacità delle scuole trasformarsi in poli aggregativi in grado di soddisfare la domanda dell'utenza oltre gli orari scolastici ordinari, contribuendo ad attenuare il fenomeno della **dispersione scolastica**<sup>28</sup>. Negli ultimi vent'anni **l'Italia ha registrato una netta riduzione nel tasso di abbandono scolastico**, sceso dal 24,2% del 2002 al 13,1% del 2020. Tuttavia, esso **rimane al di sopra dell'obiettivo europeo**, che avrebbe dovuto essere raggiunto già entro il 2020, di ridurre a meno del 10% la percentuale di giovani che abbandonano precocemente gli studi, parametro che in Europa si attesta, in media, al 9,9%<sup>29</sup>.

<sup>24</sup> Nell'Anagrafe dell'Edilizia Scolastica aggiornata all'Anno Scolastico 2020/2021, il campo relativo alla presenza di accorgimenti per la riduzione dei consumi energetici risulta non definito in circa il 30% degli edifici.

<sup>25</sup> Fonte: Legambiente, "Ecosistema Scuola. XXI Rapporto sulla qualità dell'edilizia scolastica e dei servizi", ottobre 2021.

<sup>26</sup> Sono considerate ad elevato rischio sismico le zone 1 e 2 come da Classificazione Sismica Nazionale. Da notare che nell'Anagrafe Edilizia Scolastica i campi relativi alla sicurezza sismica non sono definiti in oltre il 60% degli edifici.

<sup>27</sup> AGCOM. Il Piano "Scuole Connesse", approvato nel 2020 all'interno della strategia nazionale Banda Ultra Larga, prevede la copertura con connettività a 1Gbit/s di tutti gli edifici scolastici entro la fine del 2023.

<sup>28</sup> Cfr. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021; Italia Domani, "Futura. Progettare, costruire e abitare la scuola", 2022.

<sup>29</sup> Eurostat.

## 1.3.2 Infrastrutture sociosanitarie



La **dotazione di infrastrutture sociosanitarie in Italia è quantitativamente più contenuta che nel resto d'Europa**. L'Italia, infatti, conta 18 ospedali ogni milione di abitanti, meno dei 25,8 rilevati in media nell'Unione Europea<sup>30</sup> e nettamente al di sotto di quanto osservato nei principali Paesi peer, come Francia e Germania, rispettivamente prima e terza in classifica con 44,7 e 36,4 ospedali ogni milione di abitanti. Questi numeri si riflettono nell'offerta di posti letto. In Italia si contano, infatti, 316 posti letto ospedalieri ogni 100mila abitanti, una dotazione ben inferiore a quella di Francia (584) e Germania (791) e in generale della media UE (532)<sup>31</sup>. Analogamente, con riferimento alle strutture di lunga degenza e di assistenza residenziale, in Italia si rilevano 431 posti letto ogni 100mila abitanti contro i 982 della Francia e 1.167 della Germania<sup>32</sup>. **Forti carenze si osservano, in particolare, nell'ambito delle strutture di long-term care destinate all'assistenza della popolazione anziana non autosufficiente**: in Italia, infatti, si contano solo 19,4 letto per 1.000 over 65, contro i 46,1 della Spagna, i 49,1 della Francia e i 54,2 della Germania<sup>33</sup>.



La rete ospedaliera del Paese presenta, inoltre, un numero elevato di strutture di piccole-medie dimensioni caratterizzati da volumi di ricoveri e accesso ai servizi di emergenza al di sotto delle soglie minime nazionali (meno di un terzo dei piccoli presidi rispettano gli standard di casistica ministeriale nell'ambito delle prestazioni "sentinella" identificate dal D.M. 70/2015<sup>34</sup>) e da una forte frammentazione delle linee produttive, che sono correlati ad un maggiore incidenza di esiti negativi<sup>35</sup>. A fronte di una disponibilità di infrastrutture numericamente ridotta e da una rete caratterizzata da strutture spesso sottodimensionate, **il sistema sanitario italiano registra, tuttavia, livelli di performance superiori rispetto ai peer europei in termini di efficacia complessiva**, così come evidenziato dall'**elevata speranza di vita in buona salute** (pari a 68,3 anni, quasi 4 anni in più rispetto alla media UE<sup>36</sup>). L'Italia vanta, infatti, un **tasso di mortalità evitabile**, ossia riconducibile a patologie prevenibili o trattabili grazie ad una migliore assistenza sanitaria, **tra i più bassi d'Europa** (65 morti ogni 100mila abitanti per patologie trattabili a fronte di una media UE di 92<sup>37</sup>). Il sistema sanitario italiano è **particolarmente efficace nella prevenzione, gestione e monitoraggio di patologie croniche**, come rilevato dalla **bassa incidenza di ricoveri ospedalieri evitabili** (es. 39 ospedalizzazioni evitabili per malattie polmonari croniche ogni 100mila abitanti a fronte di una media OCSE di 171)<sup>38</sup>.



**I dati nazionali nascondono, però, importanti differenze nell'accesso a strutture di cura e assistenza a livello territoriale**. A questo proposito, i cittadini residenti nel Mezzogiorno presentano una probabilità doppia di riportare bisogni di esami medici non soddisfatti<sup>39</sup> e una possibilità di accedere a posti letto in strutture ospedaliere inferiore del 40% rispetto ai cittadini residenti nelle regioni centrosetteentrionali<sup>40</sup>. **Le infrastrutture sociosanitarie sono infatti particolarmente sviluppate nel Nord del Paese** in cui si contano circa 70 posti letto per 10.000 abitanti in strutture di assistenza residenziale, contro i 30 del Centro, i 14 del Sud e i 9 delle Isole. Un aspetto della disparità territoriale in ambito ospedaliero riguarda, in particolare, la **distribuzione dei grandi ospedali** (i cosiddetti presidi di II livello o Hub): mentre al Nord se ne contano 22 (il 51% del totale, su un'area che raggruppa il 45% della popolazione), al Sud se ne rilevano soltanto 12 (il 28% del totale, contro il 35% della popolazione)<sup>41</sup>. Una forte polarizzazione territoriale si osserva anche nell'ambito specifico delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA): se in alcune regioni del Nord il tasso di copertura della popolazione over75 non autosufficiente supera il 20%, nelle regioni del Centro-Sud il tasso di copertura è compreso tra il 2% (Campania) e 8% (Marche)<sup>42</sup>.

<sup>30</sup> OECD, 2019. Dati disponibili solo per 20 paesi dell'UE (Francia, Finlandia, Germania, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Lettonia, Austria, Grecia, Rep. Ceca, Slovacchia, Portogallo, Estonia, Italia, Irlanda, Ungheria, Spagna, Lussemburgo, Belgio, Slovenia).

<sup>31</sup> Eurostat, 2019.

<sup>32</sup> Eurostat, 2019.

<sup>33</sup> OECD, Health at a Glance 2021. I dati si riferiscono al 2019.

<sup>34</sup> Le prestazioni "sentinella" per cui il D.M. 70/2015 identifica standard di concentrazione casistica e soglie di esito includono: interventi chirurgici per carcinoma alla mammella, colecistectomia laparoscopica, interventi chirurgici per la frattura del femore, infarto miocardico acuto (IMA), by-pass aorto-coronarico, valvuloplastica, angioplastica coronarica percutanea (PCTA), maternità

<sup>35</sup> Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020). "Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive della rete ospedaliera nazionale". Rapporto OASI 2020, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>36</sup> Eurostat, 2019. La speranza di vita in buona salute misura gli anni che un individuo alla nascita può attendersi di vivere, in media, in assenza di problemi di salute medio-gravi.

<sup>37</sup> Eurostat, 2018.

<sup>38</sup> OECD, Health at a Glance 2021. I dati si riferiscono al 2019. I bassi tassi di ospedalizzazioni evitabili registrati in Italia sono riconducibili alla struttura del sistema sanitario italiano in cui i medici di base rivestono il ruolo di gate-keeper, filtrando efficacemente l'accesso alle cure secondarie.

<sup>39</sup> Eurostat, 2019.

<sup>40</sup> Bucci M., Gennari, E., Ivaldi, G., Messina, G. e Moller, L. (2021). "I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso". Banca d'Italia, Quaderni di Economia e Finanza, N. 635.

<sup>41</sup> Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020). "Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive della rete ospedaliera nazionale". Rapporto OASI 2020, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>42</sup> Perobelli, E. "L'evoluzione della popolazione over65 e la rete formale dei servizi: fabbisogno, utenza in carico e posizionamento dei gestori". 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Cergas-SDA Bocconi, 2022.

FIG. 4 – I NUMERI DEI GAP NELLE INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ IN ITALIA

**ACCESSIBILITÀ  
STRUTTURE SANITARIE****70 vs 14**I POSTI LETTO IN STRUTTURE  
DI CURA OGNI 10.000 ABITANTI  
NEL NORD RISPETTO AL SUD**DOTAZIONE  
RSA****9,5%**LA COPERTURA DELLE RSA  
SULLA POPOLAZIONE OVER75  
NON AUTOSUFFICIENTE**EFFICIENZA ENERGETICA  
STRUTTURE SANITARIE****4x**IL CONSUMO ENERGETICO DEGLI  
IMMOBILI SANITARI RISPETTO  
AI MIGLIORI PEER EUROPEI

Fonte: Elaborazione CDP su dati Istat, CERGAS-SDA Bocconi

Importanti margini di miglioramento si riscontrano non solo sul piano della disponibilità e accessibilità dei servizi a livello territoriale, ma anche sul fronte dell'**efficienza energetica**. Gli **immobili sanitari**, infatti, sono l'**asset class più energivora** nel sistema di pubblico di offerta di servizi del nostro Paese (il consumo energetico del patrimonio edilizio sanitario è tre volte quello della scuola), e **l'Italia è il peggior Paese**, tra i peer europei, **per livello di emissioni inquinanti derivanti dagli immobili sanitari**<sup>43</sup>. La scarsa performance energetica è in gran parte riconducibile all'**elevato grado di vetustà delle strutture sanitarie**: quasi il 60% degli immobili del Servizio Sanitario Nazionale è stato infatti realizzato prima del 1970 e oltre l'80% prima del 1990, ossia prima della L.10/1991 che ha disposto un primo significativo inquadramento normativo dell'uso razionale dell'energia<sup>44</sup>.

La vetustà degli edifici si riflette anche nell'inadeguatezza strutturale di plessi realizzati sulla base di modelli sanitari ormai superati che li rendono non idonei – in termini distributivi e funzionali – ad un moderno esercizio ospedaliero caratterizzato da alta intensità di cura e da una forte integrazione interdipartimentale.

### 1.3.3 Infrastrutture dell'abitare

La maggior incidenza delle situazioni di disagio socioeconomico, manifestatesi in seguito alla crisi del 2008 ed esasperatesi con la crisi scatenata dalla pandemia di Covid-19, e l'aumento della tensione abitativa nelle grandi aree metropolitane, alimentata dai flussi migratori interni, ha accresciuto la **rilevanza del bene casa come infrastruttura sociale**.

In questo contesto, **la questione abitativa non riguarda più soltanto le fasce deboli della popolazione, ma un numero crescente di famiglie e individui che, pur in presenza di un reddito stabile, riscontrano difficoltà di accesso all'abitazione sul libero mercato**. Il 15% della popolazione italiana (circa 3 milioni di famiglie) sperimenta, infatti, forme di disagio abitativo riconducibili all'incapacità di sostenere spese per l'accesso al bene casa e/o al suo mantenimento<sup>45</sup>.

In Italia il tasso di sovraccarico, dato dalla percentuale della popolazione che vive in famiglie in cui le spese per l'alloggio rappresentano più del 40% del reddito disponibile, è pari all'8,7% (al di sotto della media UE del 9,4%, ma nettamente al di sopra del 5,5% osservato in Francia)<sup>46</sup>. Il **disagio abitativo riguarda soprattutto le fasce giovani della popolazione**: nel nostro Paese il tasso di sovraccarico nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni si attesta, infatti, all'11,2%, oltre il doppio di quanto registrato tra gli over 65 (5,4%)<sup>47</sup>. Un aspetto rilevante del disagio riguarda, inoltre, la **qualità delle abitazioni**: il 5% della popolazione in Italia, infatti, versa in condizioni di **grave deprivazione abitativa** (sopra la media UE del 4%)<sup>48</sup>.

A fronte di ciò, **l'offerta di alloggi di edilizia sociale che prevedono affitti a canone calmierato in Italia è complessivamente inadeguata**, attestandosi in circa 850.000 unità abitative, pari al 2,4% dello stock totale di abitazioni. Si tratta di una percentuale tre volte inferiore alla media UE (7,5%) e molto lontana dai valori riportati da Paesi Bassi (34,1%), Austria (23,6%) e Danimarca (21,4%)<sup>49</sup>.

<sup>43</sup> Cusumano N., Furnari, A., Vecchi, V. e Amatucci, F., "Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN". Rapporto OASI 2021, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>44</sup> Cfr. nota precedente.

<sup>45</sup> Nomisma-FederCasa, "Dimensione del disagio abitativo pre e post emergenza Covid-19", 2020. Il disagio abitativo è declinato tenendo conto delle potenziali difficoltà nel pagamento del canone di locazione/mutuo ipotecario su abitazione di residenza e sulla dimensione abitazione di residenza rispetto al numero di componenti della famiglia.

<sup>46</sup> Eurostat, 2019. Per individui a basso reddito si intendono gli individui il cui reddito è il 60% del reddito mediano equivalente del Paese di residenza.

<sup>47</sup> Nomisma, "Next Housing", Giugno 2021.

<sup>48</sup> Eurostat, 2019. Si trovano in grave deprivazione abitativa le persone che oltre a vivere in abitazioni sovraffollate presentano almeno uno dei seguenti quattro problemi: la mancanza di un gabinetto interno, la mancanza di una doccia o vasca, la presenza di finestre, porte, tetti, pavimenti danneggiati o di umidità e problemi di scarsa luminosità nella casa.

<sup>49</sup> OECD, Affordable Housing Database, 2019. In Italia, l'offerta di alloggi a canone calmierato include sia gli alloggi che rientrano nel perimetro dell'Edilizia Residenziale Pubblica, gestita per il 75% dalle Aziende Casa e per la restante quota direttamente dai Comuni, sia gli alloggi a canone calmierato rivolti alla cosiddetta "fascia grigia", ossia alla domanda intermedia tra quella di mercato e quella popolare (c.d. social housing). Ad oggi, secondo FederCasa, sono circa 25 mila gli alloggi di social housing gestiti dalle Aziende Casa, ai quali vanno sommati gli alloggi rientranti nei progetti acquisiti e deliberati dal Fondo Investimenti per l'Abitare (FIA) in gestione a CDP Immobiliare SGR (dall'inizio dell'operatività del FIA sono stati avviati 255 progetti nell'ambito del sistema integrato di fondi per un totale di 20.000 nuove abitazioni) e quelli gestiti da soggetti del privato sociale.

 La centralità della questione abitativa non è da ricondursi soltanto all'incremento delle situazioni di disagio socioeconomico, ma anche all'**emergere di nuove categorie sociali** (es. lavoratori dall'elevata mobilità, studenti universitari fuorisede e ricercatori universitari, nomadi digitali, anziani attivi, famiglie mononucleari) e all'**accelerazione di alcune tendenze** (es. diffusione di smart-working, co-working) che stanno profondamente mutando il profilo della domanda abitativa a fronte di un'offerta che fatica ad adeguarsi alle nuove esigenze di individui e famiglie.

 È il caso, in particolare, degli **studenti universitari fuori sede**, un segmento di popolazione che nel nostro Paese è cresciuto costantemente negli ultimi anni (da 784mila a oltre 830mila unità tra il 2015 e il 2019<sup>50</sup>) e che esprime un fortissimo fabbisogno abitativo. L'offerta attuale di alloggi in residenze universitarie, stimabile in circa 62.000 posti letto<sup>51</sup>, copre infatti meno dell'8% degli studenti fuorisede, una percentuale nettamente inferiore a quella registrato in Francia (23%), Germania (14%) e Spagna (11%).

 Un discorso analogo vale per la popolazione in età lavorativa che si caratterizza per l'**elevata mobilità geografica** (tra il 2008 e il 2018, la mobilità sul territorio per motivi professionali si è mantenuta costante, superando gli 1,3 milioni di trasferimenti su base annua<sup>52</sup>) e, nel caso dei più giovani, per la prevalenza di **traiettorie occupazionali precarie o discontinue**, che **ritardano l'emancipazione dal nucleo familiare di origine** (oltre il 40% dei giovani adulti tra i 25 e i 34 anni vive con la propria famiglia di origine a fronte di una media europea del 28,6%)<sup>53</sup>. Entrambe queste categorie esprimono una **domanda di soluzioni abitative**, che faticano a trovare spazio nel mercato, in cui **la casa non si configura più tanto come bene di investimento**, bensì come un **servizio di cui usufruire** non necessariamente in un'ottica di lungo periodo.

 Lo stesso ragionamento può essere applicato alla **quota crescente di popolazione anziana che gode di buona salute** (gli over 65 in buona salute in Italia sono passati dal 29,4% nel 2009 al 35,6% nel 2020, mentre la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni è passata da 8,8 a 10 anni tra il 2009 e il 2019<sup>54</sup>) ma che, con il progressivo diradarsi delle strutture familiari e dei nuclei multigenerazionali, **si trova spesso a vivere sola** (un over65 su due in Italia vive da solo<sup>55</sup>). Per quest'ultima categoria socio-demografica si profila la **necessità di soluzioni abitative a supporto dell'invecchiamento attivo** (c.d. senior housing), che puntino a migliorare la qualità di vita dei senior favorendone l'inserimento in società e a ritardare il ricorso a percorsi di istituzionalizzazione. Nonostante il forte potenziale di crescita, tuttavia, il settore del senior housing in Italia fatica a decollare: tra il 2015 e il 2020, il nostro Paese ha attratto solo il 5% degli investimenti nel comparto in Europa, dove il mercato è stato largamente trainato da Regno Unito (30%), Germania (28%) e Francia (10%)<sup>56</sup>.

 In tutti questi ambiti, la **collaborazione tra pubblico e privato**, sancita dall'introduzione del Piano casa nel 2008 con l'istituzione e il progressivo ampliamento del Sistema Integrato di Fondi (SIF), è centrale per accompagnare lo sviluppo dell'offerta in linea con le mutevoli esigenze dell'utenza, promuovendo al contempo la sostenibilità economico-finanziaria dei progetti e agevolandone la messa a terra.

FIG. 5 – I NUMERI DEI GAP NELLE INFRASTRUTTURE DELL'ABITARE IN ITALIA

#### DOTAZIONE EDILIZIA SOCIALE

# 2,4%

LO STOCK DI ALLOGGI CHE PREVEDONO AFFITTI A CANONE CALMIERATO (3 VOLTE INFERIORE ALLA MEDIA UE)

#### STUDENT HOUSING

# 8%

I POSTI LETTO IN STRUTTURE PUBBLICHE O CONVENZIONATE SUL TOTALE DEGLI STUDENTI FUORISEDE

#### SENIOR HOUSING

# 5%

GLI INVESTIMENTI IN ITALIA SUL TOTALE DEL COMPARTO A LIVELLO EUROPEO NEL 2015-2020

Fonte: Elaborazione CDP su dati OECD, Ministero dell'Università e della Ricerca, Savills

<sup>50</sup> Ministero dell'Università e della Ricerca.

<sup>51</sup> Ministero dell'Università e della Ricerca (2021), Scenari Immobiliari (2019), Deloitte (2019). Dei 62.000 posti letto complessivamente disponibili, oltre il 90% afferisce a strutture pubbliche o convenzionate (strutture afferenti agli organismi regionali per il DSU, strutture gestite direttamente dagli atenei o private convenzionate, strutture afferenti alla Conferenza dei collegi universitari statali di merito e strutture convenzionate iscritte all'Associazione Italiana dei Collegi e delle Residenze Universitarie).

<sup>52</sup> Istat.

<sup>53</sup> Eurostat, 2020.

<sup>54</sup> Istat.

<sup>55</sup> Istat, Aspetti della vita quotidiana, 2021.

<sup>56</sup> Savills, 2021.

The background image shows a hillside town with several buildings, including a prominent modern grey building with a curved roof. In the foreground, there is a lush garden with many red and white roses. A blue bench is visible on the right side of the garden. The sky is clear and blue.

## **2. Aree di focus e priorità strategiche**

**2.1  
Infrastrutture  
dell'istruzione**

**2.2  
Infrastrutture  
della sanità**

**2.3  
Infrastrutture  
dell'abitare**

## 2. AREE DI FOCUS E PRIORITÀ STRATEGICHE



### 2.1 LE INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE

- L'implementazione di un sistema di istruzione in grado di garantire un adeguato sviluppo del capitale umano presuppone da un lato il **potenziamento dei servizi per la prima infanzia** e, dall'altro, **interventi di ampliamento, riqualificazione e ammodernamento dell'edilizia scolastica, anche mediante processi di demolizione e ricostruzione**<sup>57</sup>, in grado di intercettare gli obiettivi di sostenibilità ambientale e l'evoluzione delle esigenze didattiche e pedagogiche perseguendo modalità operative che integrino il rinnovamento delle infrastrutture materiali con quello dei contenuti educativi. È inoltre necessario che la programmazione delle misure in questi ambiti sia ponderata alla luce dell'**evoluzione demografica della popolazione scolastica**, che nella fascia 3-14 anni è attesa contrarsi di circa 700mila unità (-11%) nel periodo 2020-2040<sup>58</sup>, e della necessità di favorire il **riequilibrio dei divari territoriali**, con una particolare attenzione alle aree interne e periferiche che sono maggiormente esposte a povertà materiale ed educativa.
- Muovendo da queste considerazioni, si delineano **sei direttrici strategiche di intervento**:
  - 🌀 **Sviluppo dell'offerta di asili nido.** Il PNRR si prefigge di creare 152mila nuovi posti negli asili per i bambini fino ai 3 anni entro il 2026<sup>59</sup>, che porterebbe il tasso di copertura complessivo a circa il 40%, centrando così la soglia minima fissata a livello UE. Si tratta di un obiettivo ambizioso che deve essere ulteriormente integrato: per raggiungere una copertura in linea con quella garantita dai migliori *peer* europei (posti disponibili pari ad almeno il 50% della popolazione di età 0-2 anni), assicurandone una distribuzione uniforme sul territorio nazionale, è necessario infatti incrementare i posti attualmente disponibili di circa 280mila unità, di cui 160mila nel Mezzogiorno<sup>60</sup>. Alla luce della riduzione attesa nella popolazione scolastica, il potenziamento dell'offerta di asili nido e di servizi per la prima infanzia potrebbe essere perseguita, in parte, mediante la rifunzionalizzazione del patrimonio edilizio scolastico esistente, anche tramite modifiche nella destinazione d'uso. A tal fine, si rende necessario promuovere un'azione coordinata tra pubblico e privato, considerato anche il crescente peso degli operatori privati nell'offerta complessiva (salito dal 48% nel 2015 al 51% nel 2019)<sup>61</sup>.
  - 🌀 **Riqualificazione del patrimonio edilizio scolastico, con riferimento alla sicurezza strutturale.** In particolare, è prioritario assicurare la messa in sicurezza di almeno 3mila edifici scolastici ubicati in zone ad elevato rischio sismico che non sono stati progettati o successivamente adeguati alla normativa antisismica.
  - 🌀 **Efficientamento energetico degli edifici scolastici.** Per centrare gli obiettivi nazionali di risparmio energetico fissati dal PNIEC al 2030<sup>62</sup>, è inoltre necessario migliorare la prestazione energetica degli edifici scolastici puntando ad un tasso di riqualificazione annuo delle scuole pari al 2,3%<sup>63</sup>.

<sup>57</sup> La sostituzione di edifici obsoleti mediante attività di demolizione e ricostruzione è auspicabile soprattutto nei casi in cui le condizioni strutturali di partenza rendono particolarmente onerosi o tecnicamente difficoltosi interventi di rifunzionalizzazione per l'adeguamento delle scuole alle mutate esigenze didattico-pedagogiche.

<sup>58</sup> Istat, Previsioni della popolazione (anni 2020-2070).

<sup>59</sup> Italia Domani, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

<sup>60</sup> Elaborazione CDP sulla base della popolazione 0-2 anni residente in Italia al 1° gennaio 2021. I restanti posti andrebbero così suddivisi: 90.000 nel Nord e 30.000 nel Centro. Da notare che parte di questo fabbisogno potrebbe essere colmato grazie a fondi strutturali e d'investimento europeo, che si aggiungono alle risorse messe a disposizione dal PNRR.

<sup>61</sup> Istat, "Nidi e servizi integrativi per la prima infanzia | Anno educativo 2019-2020", 2021.

<sup>62</sup> Da rivedersi al rialzo alla luce dei più ambiziosi requisiti fissati dal pacchetto europeo "Fit for 55".

<sup>63</sup> Ministero dello Sviluppo Economico, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, "Strategia per la riqualificazione energetica del parco immobiliare nazionale", 2020.

- ☉ **Potenziamento degli spazi adibiti a mense e impianti sportivi multifunzionali**, orientato alla trasformazione delle scuole in poli aggregativi in grado di soddisfare la domanda dell'utenza oltre gli orari scolastici ordinari<sup>64</sup>. Per assicurare la presenza di mense, particolarmente funzionali all'incremento del tempo pieno, in almeno la metà delle scuole del primo ciclo del Mezzogiorno, in linea con la media nazionale, si rendono necessari interventi su oltre 1.700 edifici<sup>65</sup>.
- ☉ **Ammodernamento degli edifici scolastici, con riferimento in particolare alla digitalizzazione degli ambienti didattici**. Sono da privilegiare, nello specifico, interventi infrastrutturali volti a trasformare le tradizionali aule scolastiche in spazi di apprendimento innovativi, connessi e orientati allo sviluppo delle competenze digitali. Il PNRR segna la strada in questa direzione, prevedendo lo stanziamento di 2,1/mld di investimenti per la trasformazione di 100mila aule in connected learning environments, la realizzazione di laboratori per le professioni digitali, e il cablaggio interno di circa 40mila edifici.
- ☉ **Realizzazione di edifici scolastici progettati secondo forme di architettura innovativa** (spazi modulari, differenti zone di apprendimento, spazi esterni, ecc.) orientati alla **comunità scolastica** nel suo complesso (bambini, ragazzi, genitori e docenti) e **con una forte apertura al territorio**, per sviluppare un modello di scuola inteso come centro di servizi e polo aggregativo integrato nella comunità locale.

## 2.2 LE INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ

- La qualità dei servizi di cura e di assistenza è legata imprescindibilmente all'adeguatezza delle infrastrutture ospedaliere e socio-sanitarie. In questo ambito, gli interventi devono tendere ad intercettare due necessità: (i) la **rimodulazione dell'offerta di servizi ospedalieri e socio-sanitari** orientata, da un lato, alla razionalizzazione delle strutture ospedaliere e, dall'altro, ad una **maggiore diffusione e accessibilità delle strutture di medicina sul territorio**, anche al fine di superare le disparità sociali e geografiche; (ii) l'**adeguamento** delle infrastrutture alle esigenze della **transizione ecologica e digitale** e ai **mutevoli bisogni di cura e assistenza** legati all'**evoluzione demografica** della popolazione.
- Sulla base di queste considerazioni, occorre indirizzare gli investimenti lungo **cinque direttrici strategiche**:
  - ☉ **Rimodulazione della rete ospedaliera sul modello hub & spoke**<sup>66</sup>, da realizzarsi attraverso la **creazione di centri ad alta specialità** (hub) **geograficamente concentrati** e, al contempo, di **ospedali di dimensioni medio-grandi** più periferici (spoke), limitando il numero di presidi ospedalieri di base<sup>67</sup>, in linea con l'indirizzo tracciato dal D.M. 70/2015. Nel Centro-Nord, gli interventi devono essere orientati, in particolare, a razionalizzare il numero di ospedali di piccole dimensioni, mentre al Sud occorre promuovere la realizzazione di strutture ospedaliere sia hub che spoke<sup>68</sup>.
  - ☉ **Implementazione della medicina sul territorio**, mediante lo **sviluppo di strutture territoriali** orientate alla **cura della cronicità** al di fuori delle strutture ospedaliere, avvalendosi anche del supporto della telemedicina, al fine di prevenire, gestire e monitorare le patologie croniche e ridurre il tasso di incidenza di ricoveri ospedalieri evitabili<sup>69</sup>. In particolare, si rende necessario **favorire lo sviluppo delle Case della Comunità** (strutture volte a fornire un punto unico di accesso alle prestazioni socio-sanitarie di natura ambulatoriale) e degli **Ospedali di Comunità** (strutture per ricoveri e degenze di breve durata a media/bassa intensità clinica), assicurandone una **diffusione omogenea sul territorio** (ad oggi, oltre un quinto delle Case di Comunità si trova in Emilia-Romagna, mentre oltre la metà degli Ospedali di Comunità è ubicato nel Nord-Est)<sup>70</sup>. In questo ambito, gli interventi devono essere strutturati in coerenza con il PNRR che stanZIA 3€/mld con l'obiettivo di triplicare il numero sia delle Case della Comunità che degli Ospedali di Comunità entro il 2026<sup>71</sup>.
  - ☉ **Rifunzionalizzazione del parco ospedaliero** promuovendo l'adeguamento delle strutture vetuste alle esigenze operative di modelli ospedalieri moderni e, laddove non possibile, provvedere alla sostituzione delle stesse, anche mediante interventi di demolizione e ricostruzione, promuovendo interventi incentrati su:

<sup>64</sup> Cf. Ministero dell'Istruzione e della Ricerca, "Linee Guida per l'edilizia scolastica", 2013.

<sup>65</sup> Elaborazione CDP su dati MIUR. Si noti che il PNRR prevede l'aggiunta di 1.000 locali adibiti a mense e di 400 edifici (>230.000mq) destinati ad ospitare palestre o impianti sportivi entro il 2026 mediante interventi di costruzione ex novo o di riqualificazione di immobili esistenti.

<sup>66</sup> Occorre sottolineare che la pandemia ha aperto ad un parziale ripensamento sui limiti di questa impostazione.

<sup>67</sup> Da intendersi come ospedali con meno di 380 posti letto. Cf. Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020). "Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive della rete ospedaliera nazionale". Rapporto OASI 2020, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>68</sup> Cf. Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020). "Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive della rete ospedaliera nazionale". Rapporto OASI 2020, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>69</sup> Per approfondimenti sul tema della telemedicina e della digitalizzazione dei servizi si rimanda alle *Linee Guida Strategiche - Digitalizzazione*.

<sup>70</sup> Giudice, L., Mallarini, M., Preti, L.M., Rappini, V., "Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete", Rapporto OASI 2021, Cergas-SDA Bocconi; Fattore, G., Meda, F. e Meregaglia, M., "Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro", Rapporto OASI 2021, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>71</sup> Nello specifico, il PNRR stanZIA 2€/mld per la realizzazione di 2.188 Case della Comunità (M6C1 - Inv. 1.1) e 1€/mld per la creazione di 381 ospedali di Comunità (M6C1 - Inv. 1.3).

- **sicurezza e accessibilità:** è prioritario assicurare l'adeguamento delle strutture alla normativa antisismica (al 2020 risultavano necessari oltre 100 interventi<sup>72</sup>) e migliorarne l'accessibilità, intesa sia come superamento delle barriere architettoniche, sia nell'accezione più ampia di una connessione più funzionale alle reti infrastrutturali e dei trasporti;
  - **digitalizzazione:** gli interventi devono mirare da un lato a migliorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi all'utenza e, dall'altro, a favorire l'integrazione dei centri ospedalieri con le altre strutture sociosanitarie sul territorio e con i nuovi modelli di assistenza ibridi, tra servizi in presenza e presa in carico a distanza, abilitati dalle nuove tecnologie, con particolare riferimento alla **telemedicina**. In questo ambito gli interventi devono mirare all'adeguamento della dotazione sia lato hardware (e.g. router, nuovi computer, dispositivi etc.) che software (e.g. nuovi software, connessione veloce etc.). Il PNRR muove in questa direzione, prevedendo 1,456 mld per il potenziamento del livello digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.
- ☉ **Efficientamento energetico del parco ospedaliero.** Per rispettare gli obiettivi di risparmio energetico fissati dal PNIEC al 2030<sup>73</sup>, si rende necessario provvedere all'efficientamento energetico di 1,9 milioni m2/anno di immobili sanitari, corrispondente ad un tasso di riqualificazione annuo pari a circa il 4% del totale<sup>74</sup>;
- ☉ **Sviluppo e ampliamento RSA**, che rimangono l'unica vera **risposta di lungo periodo del welfare pubblico alla non autosufficienza**<sup>75</sup> e alle esigenze della popolazione con gravi disabilità e limitazioni funzionali. Si tratta di un tema di estrema rilevanza alla luce di un contesto in cui la popolazione non autosufficiente in Italia è destinata ad aumentare, in termini assoluti, dato l'incremento atteso dei grandi anziani, e in cui il modello di assistenza informale oggi prevalente, basata su caregiver familiari e badanti, diviene sempre meno sostenibile. Per portare il tasso di copertura del bisogno della popolazione over75 non autosufficiente dal 10% attuale al 30% su scala nazionale, si stima necessario creare almeno 600 mila posti letto aggiuntivi<sup>76</sup>, la cui strutturazione deve essere coordinata, in particolare, con la rete di servizi di assistenza domiciliare e con quella di soluzioni abitative volte a ritardare l'istituzionalizzazione degli anziani<sup>77</sup>.

## 2.3 LE INFRASTRUTTURE PER L'ABITARE

- La realizzazione di infrastrutture per l'abitare in grado di rispondere all'aumento delle situazioni di disagio socioeconomico e all'evoluzione dei profili della domanda abitativa presuppone da un lato il **potenziamento dell'offerta di alloggi sociali** e, dall'altro, lo **sviluppo di soluzioni abitative atte ad intercettare le esigenze di categorie sociodemografiche in forte crescita**, anche alla luce delle tendenze che hanno conosciuto un'accelerazione a seguito della pandemia di Covid-19 (es. smart working).
- Alla luce di queste considerazioni, è possibile identificare **cinque direttrici di intervento**:
  - ☉ **Incremento e riqualificazione della dotazione di alloggi sociali a canone calmierato**, con riferimento in particolare al **social housing destinato alla cosiddetta "fascia grigia"**. In tale ambito, si stima necessario aggiungere, al 2035, almeno 100 mila unità abitative<sup>78</sup>. È importante che la strutturazione del social housing avvenga in maniera coordinata con quella dell'Edilizia Residenziale Pubblica, nel rispetto del principio di **mixité sociale e funzionale**, anche al fine di agevolare il passaggio dei nuclei familiari da una soluzione abitativa all'altra in funzione delle condizioni socioeconomiche e della loro evoluzione.
  - ☉ **Potenziamento dell'offerta di alloggi in residenze universitarie**. Per portare l'offerta di student housing agli standard dei migliori peer europei (tasso di copertura pari ad almeno il 20% degli studenti fuorisede), occorre incrementare l'attuale dotazione di oltre 100 mila posti letto, focalizzando gli interventi nelle grandi aree metropolitane (Milano, Roma, Bologna, Torino) e nelle città universitarie del Centro-Nord dove il fabbisogno è particolarmente urgente. Nell'ottica di massimizzare la sostenibilità economico-finanziaria dei progetti, occorre privilegiare modelli di ibridazione delle soluzioni abitative, prevedendo una diversificazione sia in termini di utenza target (es. studenti fuorisede, giovani lavoratori, nomadi digitali) sia in termini di durata dei canoni di locazione.

<sup>72</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", 2021.

<sup>73</sup> Da rivedersi al rialzo alla luce dei più ambiziosi requisiti fissati dal pacchetto europeo "Fit for 55".

<sup>74</sup> Ministero dello Sviluppo Economico, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, "Strategia per la riqualificazione energetica del parco immobiliare nazionale", 2020.

<sup>75</sup> Cfr. Perobelli, E. "L'evoluzione della popolazione over65 e la rete formale dei servizi: fabbisogno, utenza in carico e posizionamento dei gestori". 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Cergas-SDA Bocconi, 2022.

<sup>76</sup> Elaborazioni CDP su dati del 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Cergas-SDA Bocconi, 2022. Per la stima sono stati utilizzati i dati al 2019 relativi alla popolazione over75 non autosufficiente (oltre 2,9 milioni) e al numero di ospiti dei presidi residenziali (circa 281 mila).

<sup>77</sup> Cfr. sezione 2.3.3 del presente documento.

<sup>78</sup> Fondazione ASTRID-Fondazione Collegio Carlo Alberto, "Rilanciare le infrastrutture sociali in Italia", 2020.

- **Promozione di forme di residenzialità smart volte ad intercettare nuove componenti della domanda abitativa.** In particolare, è necessario promuovere:

- ③ **lo sviluppo del senior housing** per rispondere alla necessità di offrire soluzioni abitative a supporto dell'invecchiamento attivo, incentrate sulla realizzazione di alloggi indipendenti organizzati intorno a una serie di servizi comuni, in grado di coniugare le esigenze di autonomia della persona con quelle di socialità e di prima assistenza, anche al fine di prevenire e/o ritardare l'istituzionalizzazione. Il PNRR traccia un solco in questa direzione stanziando 300€/mln per la conversione di RSA e case di riposo in appartamenti autonomi.
- ③ **lo sviluppo di soluzioni abitative**, come il **single housing** e il **co-housing**, per rispondere alle esigenze di categorie eterogenee (lavoratori dall'elevata mobilità, giovani lavoratori, giovani coppie etc.) accomunate da una domanda abitativa in cui la casa si profila come servizio di cui usufruire prevalentemente in ottica di breve-medio periodo.
- ③ **Supporto a processi di rigenerazione urbana** tesi alla creazione di quartieri caratterizzati da un mix funzionale ad elevato impatto sul territorio, in cui la componente residenziale, tra cui social, student e senior housing, si affianca a quella direzionale, ricettiva e commerciale. Tali iniziative, che per loro natura abbracciano progetti di sviluppo delle infrastrutture sociali nel loro complesso, devono concentrarsi, in particolar modo, nelle principali aree metropolitane del Paese dove la tensione abitativa è più accentuata, per trasformare territori vulnerabili in contesti urbani smart e sostenibili.



### **3. Fattori abilitanti e ruolo di CDP**

**3.1  
Fattori abilitanti**

**3.2  
Ruolo di CDP**

## 3. FATTORI ABILITANTI E IL RUOLO DI CDP

### 3.1. FATTORI ABILITANTI

- Il perseguimento efficace delle priorità strategiche sopra delineate è legato ad almeno quattro fattori di contesto abilitanti, trasversali alle tre tipologie di infrastrutture sociali considerate.

- 1. Armonizzazione della governance**, da intendersi sia come **semplificazione degli assetti regolatori di settore**, sia come perseguimento di una **visione unitaria e integrata allo sviluppo delle infrastrutture sociali** nel loro complesso. La frammentazione di competenze e responsabilità, ripartite tra molteplici attori istituzionali, anche all'interno dello stesso settore, è di particolare ostacolo all'impiego efficace delle risorse disponibili. Si pensi, ad esempio, al caso delle residenze per studenti, il cui quadro regolatorio è estremamente eterogeneo essere composto, prevalentemente, da normative regionali e comunali in assenza di una definizione di asset class univoca a livello di sistema. Si pensi, parimenti, al caso dell'edilizia scolastica che si caratterizza per l'estrema frammentazione sia delle linee di finanziamento<sup>79</sup>, che fanno capo a diversi Ministeri, che dei Soggetti Attuatori (Comuni, Province e Città Metropolitane), che hanno differenti titolarità sugli edifici scolastici in base al grado, da cui conseguono notevoli criticità in termini di qualità dei processi<sup>80</sup>.
- 2. Digitalizzazione delle informazioni relative al patrimonio immobiliare pubblico e dei processi di progettazione**, facendo leva in particolare sull'utilizzo della metodologia BIM (building information modeling). Questo aspetto è particolarmente rilevante nell'ambito dell'edilizia sanitaria, per cui le informazioni sullo stato effettivo del patrimonio risultano lacunose e frammentarie, precludendo una diagnosi puntuale degli interventi necessari<sup>81</sup>.
- 3. Potenziamento delle competenze di pianificazione, programmazione, e gestione e della capacità amministrativa delle Amministrazioni Pubbliche**, al fine di rafforzarne la **capacità di spesa e di messa a terra dei progetti**. Il nostro Paese, infatti, sconta tempi di realizzazione particolarmente elevati: il tempo di attuazione degli investimenti in termini di opere infrastrutturali in Italia è pari a 4,4 anni in media, con punte di 15,7 anni per i progetti di importo superiore ai 100 milioni di euro<sup>82</sup>. Da indagini condotte nello scorso decennio, i tempi di attuazione di grandi opere risultavano circa tre volte superiori a quelli di Francia e Spagna<sup>83</sup>. Nel caso della sanità, ad esempio, occorrono mediamente 10 anni per progettare e realizzare un ospedale, con il rischio di esporre a precoce obsolescenza strutture che dovrebbe mirare all'avanguardia<sup>84</sup>.
- 4. Promozione dei partenariati pubblico-privato (PPP)**, che nel nostro Paese rimangono meno diffusi che nelle altre principali economie europee. Nel quinquennio 2015-2019, il volume dei PPP in Italia si è infatti attestato a 3,6€/mld, sotto i 5,7€/mld dei Paesi Bassi e i 12,5€/mld della Francia<sup>85</sup>. I partenariati pubblico-privato contrattuali, basati su un appropriato quadro incentivante, sono strumenti atti non solo ad **accelerare la realizzazione dei progetti e ad assicurarne l'esecuzione in tempi e costi certi**, per rispondere in maniera tempestiva alle esigenze dei territori, ma anche a favorire **la manutenzione e la valorizzazione delle opere** nel tempo e la **gestione innovativa ed efficiente dei servizi**.

### 3.2. RUOLO DI CDP

- In tale contesto, CDP può contribuire a colmare i gap evidenziati, intervenendo in **addizionalità e complementarità** rispetto al mercato, tenendo conto delle **criticità** che caratterizzano le infrastrutturali sociali quali:
  - ▶ **la presenza di esternalità positive**, che limitano la capacità di catturare completamente i benefici generati dagli investimenti, in particolare nell'ambito dell'istruzione e dei servizi per l'infanzia, e di **esternalità negative**, che limitano i costi associati a scelte e comportamenti non sostenibili (es. carenza di accorgimenti per la riduzione di consumi energetici nell'ambito dell'edilizia scolastica e sanitaria);

<sup>79</sup> Al Ministero dell'Istruzione, cui fa capo il Fondo unico per l'edilizia scolastica, istituito nel 2012, si affiancano il Ministero dell'Interno, cui fa capo il Fondo Asili nido e scuole dell'infanzia, il MEF, cui fa capo il Fondo infrastrutture, e la Presidenza del Consiglio, cui fa capo il Fondo per interventi straordinari. Fonte: Ufficio Studi della Camera dei Deputati, "Edilizia Scolastica e sicurezza nelle scuole", 3 Marzo 2022.

<sup>80</sup> Le principali criticità sono legate alla limitata capacità di pianificazione degli Enti Territoriali (soprattutto nel caso degli Enti Locali di piccole dimensioni, che dispongono di risorse limitate negli uffici tecnici) e alla prevalenza di gare d'appalto d'importo limitato indette su singole opere anziché su portafogli di progetti, da cui consegue l'assenza di importati player del settore delle costruzioni.

<sup>81</sup> Cfr. Cusumano N., Furnari, A., Vecchi, V. e Amatucci, F., "Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN". Rapporto OASI 2021, Cergas-SDA Bocconi.

<sup>82</sup> Agenzia per la Coesione Territoriale, Nucleo di verifica e controllo (NUVEC), "Rapporto sui tempi di attuazione delle opere pubbliche", 2018. I numeri riportati nel presente documento fanno riferimento ai tempi di attuazione complessivi, dalla progettazione alla fine dei lavori.

<sup>83</sup> IVASS, "Le infrastrutture materiali: solido pilastro di un processo di crescita. Ragioni e ostacoli all'investimento in infrastrutture", 2019.

<sup>84</sup> Politecnico di Milano e Fondazione Politecnico di Agenzia per la Coesione Territoriale, Nucleo di verifica e controllo (NUVEC), "Rapporto sui tempi di attuazione delle opere pubbliche", 2018. Milano,

<sup>85</sup> Joint Research Platform – Healthcare Infrastructures", 2021.

<sup>86</sup> Elaborazione CDP su dati EPEC. I dati si riferiscono soltanto ai progetti con importo pari o superiore a 10€/mln che hanno raggiunto la chiusura finanziaria (*financial close*) e che sono finanziati mediante project financing.

- ▶ l'esistenza di **barriere informative** sui rischi-opportunità di investire in progetti infrastrutturali, legati alla mancanza di dati e di evidenza empirica rispetto a costi, rendimento e impatto socioeconomico, che ostacolano il dispiegamento di capitali privati, come nel caso dell'edilizia sociale.
- In particolare, CDP - anche in funzione del grado di autonomia di cui potrà avvalersi nei diversi mercati/settori di riferimento e delle specifiche caratteristiche delle differenti controparti - può intervenire al fine di:
  - ▶ **contribuire a colmare i gap di investimento** in settori e territori in cui gli operatori di mercato non riescono a mobilitare risorse adeguate, in termini sia di volumi che di ritmi di crescita, anche mediante il ricorso a strumenti di **blended finance**;
  - ▶ **promuovere investimenti** negli ambiti che richiedono una capacità di **commitment sul lungo periodo**, agendo da catalizzatore di risorse private (es. social housing, ospedali, strutture di long-term care), anche al fine di promuovere mercati che faticano a svilupparsi (es. senior housing);
  - ▶ **fornire supporto alle Amministrazioni Pubbliche** nella gestione dei processi autorizzativi, anche al fine di contribuire alla loro semplificazione e/o accelerazione, nella programmazione degli interventi, nella messa a terra dei progetti e nel monitoraggio/valutazione degli stessi;
  - ▶ **migliorare la qualità tecnica degli investimenti**, con particolare riferimento all'edilizia scolastica e al social housing, attraverso la promozione di interventi legati a piani di facility management volti ad assicurare un'efficace gestione e manutenzione delle opere nel corso degli anni
- Per valutare nello specifico la rilevanza, la priorità e la coerenza strategica degli interventi nelle aree di focus identificate, CDP si ispira a criteri di **addizionalità e complementarità**, identificando gli strumenti operativi più appropriati sulla base delle caratteristiche delle controparti (tipologia, localizzazione geografica, etc.) e delle caratteristiche del settore (es. grado di maturità, redditività), così come riportate nelle Tabelle 1-3. Tali indicatori contribuiscono alla definizione di una griglia di valutazione di coerenza strategica che verrà applicata alle potenziali iniziative di business e inserita nei processi aziendali di istruttoria.
- Per ulteriori dettagli sulla definizione del **grado di rilevanza del ruolo di CDP** per le priorità identificate si rimanda all'Appendice Metodologica.

TABELLA 1: INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE

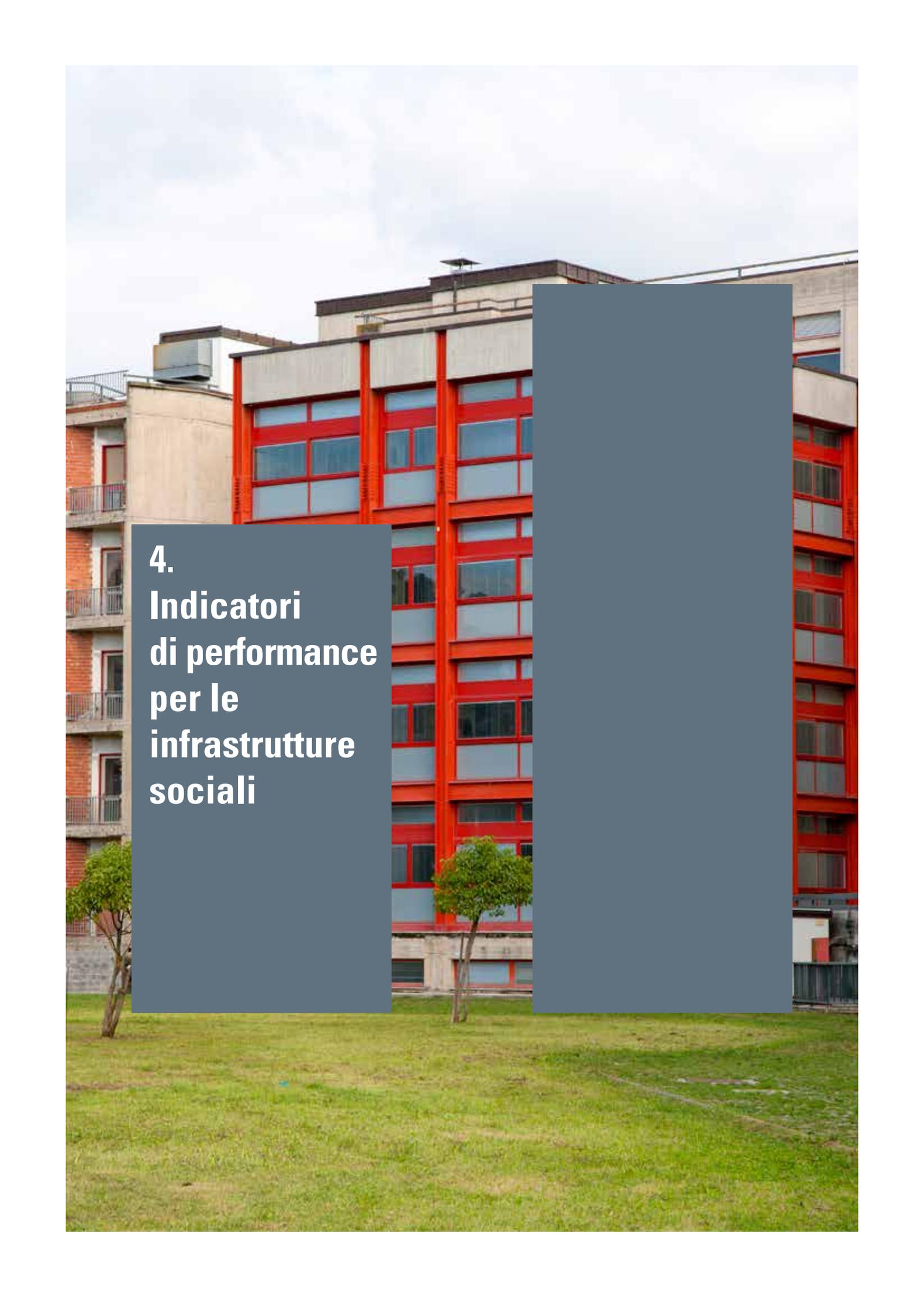
PRIORITÀ STRATEGICHE	GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP
Sviluppo offerta asili nido e servizi per la prima infanzia	Alto
Messa in sicurezza / adeguamento sismico edifici scolastici	Alto
Efficientamento energetico edifici scolastici	Alto
Potenziamento spazi adibiti a mense e impianti sportivi scolastici	Alto
Trasformazione ambienti didattici in spazi digitali	Alto
Realizzazione di edifici scolastici progettati secondo forme di architettura innovativa e spazi aperti al territorio	Alto

TABELLA 2: INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ

PRIORITÀ STRATEGICHE	GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP
Rimodulazione rete ospedaliera su modello hub & spoke	Alto
Rafforzamento strutture per la medicina sul territorio (es. Case e Ospedali di Comunità)	Alto
Rifunionalizzazione strutture vetuste per rafforzamento della sicurezza e dell'accessibilità del parco ospedaliero	Alto
Efficientamento energetico parco ospedaliero	Alto
Sviluppo RSA / strutture di long-term care	Alto

TABELLA 3: INFRASTRUTTURE DELL'ABITARE

PRIORITÀ STRATEGICHE	GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP
Ampliamento social housing	Alto
Potenziamento student housing	Alto
Sviluppo senior housing	Medio
Sviluppo forme di residenzialità smart (es. single housing, co-housing)	Medio
Rigenerazione urbana	Medio



**4.  
Indicatori  
di performance  
per le  
infrastrutture  
sociali**

## 4. INDICATORI DI PERFORMANCE PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI

- Per garantire **trasparenza e accountability** dei processi decisionali, CDP si propone di misurare la qualità e l'impatto degli interventi supportati. Le attività di monitoraggio e valutazione verranno realizzate in due fasi distinte. In particolare:
  1. la **fase di monitoraggio** richiederà la raccolta delle informazioni rilevanti per la costruzione di indicatori fisici (uno per ciascuna priorità strategica) che siano in grado di misurare concretamente l'avanzamento degli interventi finanziati da CDP nell'ambito di una data priorità strategica;
  2. la **fase di valutazione**, invece, richiederà l'adozione di specifiche metodologie di stima che siano in grado di quantificare in che misura il risultato fisico degli interventi finanziati da CDP abbia contribuito all'andamento di indicatori più generali che sintetizzano gli obiettivi associati alle aree di focus.
- Il perimetro di applicazione degli indicatori fisici per il monitoraggio e la valutazione **dipenderà dalla natura della controparte**, dalla dimensione dell'operazione e dalla **tipologia di strumento finanziario attivato**. Tali indicatori, inoltre, potrebbero essere oggetto di revisione nel corso delle attività per consentire una più efficace corrispondenza dei dati raccolti alle operazioni oggetto di finanziamento e alle priorità strategiche individuate.
- Inoltre, CDP si avvale di **KPI trasversali a tutti i campi di intervento** volti a misurare l'impatto socioeconomico complessivo degli interventi supportati guardando nello specifico: (i) al **valore aggiunto in termini di contribuzione al PIL**; (ii) all'**occupazione sostenuta**; (iii) alla **riduzione delle emissioni GHG**<sup>86</sup>.
- Laddove applicabile per via delle caratteristiche delle priorità strategia, dell'operazione e della controparte, **saranno richieste direttamente in fase di istruttoria e nel corso del monitoraggio ex-post** le informazioni necessarie ad elaborare tali indicatori.
- Nell'ambito delle infrastrutture sociali, gli indicatori associati agli obiettivi generali sono:
  - ▶ per le **infrastrutture dell'istruzione**:
    - l'incremento del tasso di partecipazione ai livelli di istruzione non terziaria, con riferimento agli interventi per lo sviluppo dell'offerta di strutture per la prima infanzia, il potenziamento di spazi adibiti a mense e impianti sportivi e la trasformazione degli ambienti didattici in spazi digitali;
    - la riduzione dei consumi energetici/emissioni di CO<sub>2</sub> delle scuole, con riferimento agli interventi di riqualificazione energetica degli edifici scolastici;
    - la riduzione degli incidenti nei locali scolastici con riferimento agli interventi di messa in sicurezza e adeguamento sismico degli edifici scolastici;
  - ▶ per le **infrastrutture della sanità**:
    - l'adeguatezza dell'offerta sanitaria rispetto alla popolazione residente con riferimento agli interventi per la rifunionalizzazione delle strutture ospedaliere vetuste, la rimodulazione della rete ospedaliera sul modello hub & spoke, il potenziamento delle strutture per la medicina sul territorio, lo sviluppo di RSA e strutture di long-term care;
    - la riduzione dei consumi energetici/emissioni di CO<sub>2</sub> del parco ospedaliero, con riferimento agli interventi di riqualificazione energetica degli ospedali;
  - ▶ per le **infrastrutture dell'abitare**:
    - l'incremento degli indici di qualità dell'abitare, con riferimento agli interventi per l'ampliamento del social e del senior housing, per lo sviluppo di forme residenzialità smart e per la rigenerazione urbana;
    - l'incremento del tasso di partecipazione all'istruzione terziaria, con riferimento agli interventi il potenziamento dello student housing.
- Gli indicatori fisici per il monitoraggio e la valutazione degli interventi finanziati nell'ambito delle Infrastrutture Sociali sono riportati nella tabella 2.

<sup>86</sup> In caso in cui l'intervento non sia finalizzato alla riduzione di Emissioni GHG, l'impatto sarà misurato tramite valutazione di compliance, anche qualitativa, al DNSH (Do Not Significant Harm) / alle BAT (Best Available Technologies).

TAB. 2: KPI PER LE INFRASTRUTTURE SOCIALI

AREA DI FOCUS	OBIETTIVI GENERALI	PRIORITÀ STRATEGICHE	INDICATORI FISICI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE
 INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE	incremento tasso di partecipazione ai livelli di istruzione non terziaria (o riduzione del tasso di abbandono)	<b>Potenziamento spazi adibiti a mense e impianti sportivi scolastici</b>	numero posti per alunni nei locali mensa/sportivi realizzati/riqualificati
		<b>Trasformazione ambienti didattici in spazi digitali</b>	numero di postazioni realizzate/riqualificate per l'erogazione di servizi informatizzati
		<b>Realizzazione di edifici scolastici progettati secondo forme di architettura innovativa e spazi aperti al territorio</b>	numero di posti per alunni in aule adatte a lezioni non frontali realizzati/riqualificati
		<b>Sviluppo offerta asili nido e servizi per la prima infanzia</b>	numero di posti per alunni negli edifici di istruzione prescolastica realizzati/riqualificati
	riduzione dei consumi energetici/emissioni CO <sub>2</sub>	<b>Efficientamento energetico edifici scolastici</b>	numero di classi energetiche scalate per ciascun edificio scolastico
riduzione incidenti nei locali scolastici (INAIL)	<b>Messa in sicurezza / adeguamento sismico edifici scolastici</b>	numero edifici delle scuole statali adeguati alla normativa antisismica	

AREA DI FOCUS	OBIETTIVI GENERALI	PRIORITÀ STRATEGICHE	INDICATORI FISICI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE
 INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ	adeguatezza offerta sanitaria rispetto alla popolazione residente (es. accessibilità alle strutture sanitarie, riduzione della mobilità sanitaria interregionale, bisogni di cura insoddisfatti)	<b>Rifunionalizzazione strutture vetuste per rafforzamento sicurezza e accessibilità parco ospedaliero</b>	mq di superficie riqualificata
		<b>Rimodulazione rete ospedaliera su modello hub &amp; spoke</b>	numero di posti letto realizzati in ospedali medio-grandi <sup>(1)</sup>
		<b>Rafforzamento strutture per la medicina sul territorio (es. Case e Ospedali di Comunità)</b>	numero di ambulatori realizzati/riqualificati
		<b>Sviluppo RSA / strutture di long-term care</b>	numero di posti letto in strutture long-term care realizzati/riqualificati
	riduzione dei consumi energetici/emissioni CO <sub>2</sub>	<b>Efficientamento energetico parco ospedaliero</b>	numero di classi energetiche scalate per ciascun edificio ospedaliero

<sup>(1)</sup> Numero di nuove strutture ospedaliere che rispettano gli standard in termini di volumi di ricoveri fissati dal D.M. 2015.

AREA DI FOCUS	OBIETTIVI GENERALI	PRIORITÀ STRATEGICHE	INDICATORI FISICI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE
 INFRASTRUTTURE DELL'ABITARE	incremento indici di qualità dell'abitare	<b>Ampliamento social housing</b>	numero di appartamenti/mq realizzati / riqualificati
		<b>Rigenerazione urbana</b>	superficie di verde urbano riqualificata
		<b>Sviluppo forme di residenzialità smart (es. single housing, co-housing)</b>	numero di alloggi e relativi posti letto realizzati/riqualificati
		<b>Sviluppo senior housing</b>	numero di alloggi e relativi posti letto realizzati/riqualificati presso strutture residenziali per la terza età
	incremento tasso di partecipazione ad istruzione terziaria o riduzione del tasso di abbandono (es. numero laureati/numero immatricolati; numero immatricolati/pop 18-25 anni)	<b>Potenziamento student housing</b>	numero di posti letto in residenze universitarie realizzati/riqualificati

A photograph of a modern building facade with a light-colored, textured exterior and large windows with blue frames. In the foreground, there are blue metal railings. The sky is a clear, bright blue. Two large, semi-transparent blue rectangular boxes are overlaid on the image: one on the left containing the text '5. Raccomandazioni' and one on the right that is empty.

## 5. Raccomanda- zioni

## 5. RACCOMANDAZIONI

Per ognuna delle aree di focus, si riassumono di seguito le **specifiche direttrici strategiche** per indirizzare in via **prioritaria** (ancorché non esaustiva) gli interventi CDP nelle **Infrastrutture Sociali**.

AREE DI FOCUS		<b>INFRASTRUTTURE DELL'ISTRUZIONE</b>	
	<b>A.1</b>	Sviluppare l'offerta di <b>asili nido</b> , soprattutto nelle aree del Paese dove la copertura di servizi per l'infanzia è particolarmente limitata	
	<b>A.2</b>	Promuovere la <b>riqualificazione del patrimonio edilizio scolastico</b> , con riferimento alla <b>sicurezza strutturale</b>	
	PRIORITY STRATEGICHE	<b>A.3</b>	Promuovere l' <b>efficientamento energetico</b> degli edifici scolastici
		<b>A.4</b>	Potenziare gli spazi adibiti a <b>mense e impianti sportivi scolastici</b>
		<b>A.5</b>	Promuovere <b>ammodernamento dei plessi scolastici</b> con particolare riferimento alla <b>digitalizzazione degli ambienti didattici</b>
		<b>A.6</b>	Realizzazione di edifici scolastici progettati secondo <b>forme di architettura innovativa e spazi aperti al territorio</b>
AREE DI FOCUS			<b>INFRASTRUTTURE DELLA SANITÀ</b>
PRIORITY STRATEGICHE	<b>B.1</b>	Rimodulare la rete ospedaliera sul <b>modello hub e spoke</b> , promuovendo la <b>creazione di centri di alta specialità e ospedali di dimensioni medio-grandi</b> , razionalizzando al contempo il numero di presidi ospedalieri di piccole dimensioni	
	<b>B.2</b>	Implementare la medicina sul territorio mediante la <b>realizzazione di strutture territoriali</b> (Ospedali di Comunità, Case di Comunità) diffuse omogeneamente sul territorio	
	<b>B.3</b>	<b>Ammodernare e riqualificare il parco ospedaliero</b> in termini di <b>sicurezza, accessibilità e digitalizzazione</b> , provvedendo alla <b>rifunzionalizzazione delle strutture vetuste</b>	
	<b>B.4</b>	Promuovere l' <b>efficientamento energetico</b> degli immobili sociosanitari	
	<b>B.5</b>	Sviluppare ed ampliare le <b>Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)</b> per la popolazione anziana non autosufficiente	

AREE  
DI FOCUS

## INFRASTRUTTURE DELL'ABITARE

PRIORITÀ  
STRATEGICHE**C.1**

Promuovere la **realizzazione di social housing** destinato alla c.d. «fascia grigia»

**C.2**

Potenziare l'**offerta di alloggi per studenti universitari**, in particolar modo nelle città universitarie dove il fabbisogno è più elevato

**C.3**

Sviluppare il **senior housing** per rispondere alla necessità di soluzioni abitative a supporto dell'**invecchiamento attivo**

**C.4**

Sviluppare **forme di residenzialità smart** (es. single housing, co-housing) a supporto delle nuove componenti della domanda abitativa (es. lavoratori ad elevata mobilità, giovani lavoratori)

**C.5**

Dare impulso a processi di **rigenerazione urbana** tesi alla creazione di quartieri caratterizzati da **mix funzionale** ad elevato impatto sociale e alla promozione di **contesti urbani smart e sostenibili**

## APPENDICE METODOLOGICA - VALUTAZIONE DEL GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP

- Il **grado di rilevanza del ruolo di CDP** assegnato a ciascuna priorità nelle Tabelle 1-3 della Sezione 3.2 è calcolato in funzione della rilevanza attribuita all'intervento di CDP nel mercato/settore di riferimento sulla base di **quattro dimensioni** trasversali a tutti i campi di intervento:
  1. il **grado di maturità tecnologica del settore**: valuta la misura in cui il contributo di CDP si inserisce in un quadro tecnologico in evoluzione, caratterizzato dalla presenza di elementi tecnologici disruptive. Minore è il grado di maturità tecnologica, maggiore è la rilevanza del ruolo di CDP;
  2. il **grado di incertezza o complessità del quadro normativo/regolatorio**: valuta la misura in cui il contributo di CDP si inserisce in un quadro regolatorio complesso e in evoluzione. Maggiore è il grado di incertezza o complessità del quadro normativo/regolatorio, maggiore è la rilevanza del ruolo di CDP;
  3. il **grado di maturità economica degli operatori del settore**: valuta la misura in cui CDP può contribuire ad ottimizzare l'assetto industriale del settore. Minore è il grado di maturità economica degli operatori del settore (es. dimensione sub-ottimale), maggiore è la rilevanza del ruolo di CDP;
  4. la **presenza di indirizzi di policy**: valuta la misura in cui il contributo di CDP si inserisce nel solco tracciato dalle policy. Maggiore è la chiarezza degli indirizzi di policy, maggiore è la rilevanza del ruolo di CDP.
- A ciascuna dimensione è attribuito un valore compreso tra 1 e 3. In particolare:
  - ▶ un valore pari a 1 indica che la rilevanza del ruolo di CDP, sotto il profilo della dimensione specifica, è **Contenuta**;
  - ▶ un valore pari a 2 indica che la rilevanza del ruolo di CDP, sotto il profilo della dimensione specifica, è **Media**;
  - ▶ un valore pari a 3 indica che la rilevanza del ruolo di CDP, sotto il profilo della dimensione specifica, è **Alta**.
- Il grado di rilevanza del ruolo di CDP per ciascuna priorità è calcolato come **media semplice** dei valori attribuiti alle quattro dimensioni. In particolare:
  - ▶ se la media è compresa tra 1 e 1,5 il grado di rilevanza del ruolo di CDP è **Contenuto**;
  - ▶ se la media è compresa tra 1,6 e 2,5 il grado di rilevanza del ruolo di CDP è **Medio**;
  - ▶ se la media è superiore a 2,5 il grado di rilevanza del ruolo di CDP è **Alto**.

TABELLA A1: GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP

PRIORITÀ STRATEGICHE	DIMENSIONI TRASVERSALI				GRADO DI RILEVANZA DEL RUOLO DI CDP
	GRADO DI MATURITÀ TECNOLOGICA DEL SETTORE	GRADO DI INCERTEZZA DEL QUADRO REGOLATORIO	GRADO DI MATURITÀ ECONOMICA DEGLI OPERATORI DEL SETTORE	PRESENZA DI INDIRIZZI DI POLICY	
Sviluppo offerta asili nido e servizi per la prima infanzia	3	3	3	3	Alto
Efficientamento energetico edifici scolastici	3	3	3	3	Alto

cdp 