Finanza Locale Monitor

Research Department

Ottobre 2026

INTESA SANPAOLO

Finanza Locale Monitor

Local Public Finance

Le prospettive della sanità post PNRR

Il PNRR ha posto l'assistenza territoriale al centro del nuovo modello di sanità con standard organizzativi e di personale definiti per la prima volta, mediante il DM 77/2022, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. L'analisi dello stato di avanzamento del programma fa emergere tre ordini di considerazioni.

Il primo riguarda l'attuazione: a fine 2025, delle 1.715 Case della Comunità programmate, il 46% erano attive con almeno un servizio ma soltanto 66 (il 3,8%) risultavano pienamente conformi agli standard; le Centrali operative territoriali avevano superato il target europeo, mentre gli Ospedali di Comunità attivi si fermavano al 27% del previsto, con una polarizzazione marcata tra Centro-Nord e Mezzogiorno.

Il secondo ordine di considerazioni riguarda il personale, che costituisce il vero fattore limitante. La riforma assegna un ruolo strutturale all'Infermiere di Famiglia e di Comunità, con un fabbisogno teorico stimabile tra 20 e 30 mila unità, in un Paese sottodotato nel confronto internazionale, con un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa, una struttura della popolazione per età relativamente avanzata e una progressiva perdita di attrattività dei percorsi formativi. Analoghe criticità interessano i medici di medicina generale, in contrazione numerica e con tassi di ingresso inferiori ai flussi di pensionamento, per i quali soltanto l'Accordo del giugno 2026 ha definito le modalità di partecipazione alle Case della Comunità.

Il terzo aspetto è quello delle risorse. Il PNRR finanzia in prevalenza spesa in conto capitale, mentre il funzionamento a regime richiede risorse correnti aggiuntive e permanenti, in primo luogo per il personale, solo parzialmente coperte dagli stanziamenti delle ultime leggi di bilancio. Il rischio è che le strutture finanziate risultino fisicamente completate ma funzionalmente vuote.

Differenze territoriali nei servizi alla prima infanzia

Nel 2024 l'Italia ha raggiunto, a livello nazionale, l'obiettivo europeo di un posto nei servizi per la prima infanzia ogni tre bambini sotto i tre anni. Un traguardo arrivato con molti anni di ritardo e dovuto più al calo delle nascite che a un reale rafforzamento dell'offerta.

Il dato medio nasconde un paese a più velocità. Accanto a territori che già superano il nuovo benchmark europeo, ce ne sono altri dove i servizi restano marginali. Il divario non segue solo il consueto asse Nord-Sud: attraversa anche le stesse ripartizioni e separa i centri urbani dalle aree interne e dai Comuni più piccoli, dove il servizio spesso manca del tutto o è garantito solo grazie a forme di associazione tra Comuni.

L'eterogeneità riguarda anche il modo in cui i servizi sono organizzati. Il privato ha un ruolo rilevante e i Comuni ricorrono sempre più spesso all'affidamento a terzi o al convenzionamento, mentre la gestione diretta resta diffusa solo in alcune realtà. Varia anche il tipo di servizio: nel Mezzogiorno sono più diffuse le sezioni primavera (di fatto un passaggio intermedio tra il nido e la scuola dell'infanzia), meno costose ma meno adatte ai bambini più piccoli.

Queste differenze si riflettono sulla spesa. Molti Comuni non spendono nulla per i servizi all'infanzia e, tra quelli che lo fanno, il costo per utente cambia sensibilmente a seconda del tipo di servizio e della modalità di gestione. Ne emerge un progressivo spostamento verso formule meno onerose, che alleggeriscono i bilanci comunali, ma sollevano interrogativi sulla qualità e sull'equità dell'offerta.

Ottobre 2026

Nota Trimestrale

Research Department

Industry and Local Economies Research

Laura Campanini
Economista

Ha collaborato:
Valentina Ferraris
REF

Indice

Le prospettive della sanità post PNRR **3**

Una nuova assistenza territoriale: la sfida del PNRR 3

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel PNRR 5

Il fabbisogno di personale dell'assistenza territoriale 8

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità e i gap territoriali 11

I provvedimenti per il personale 15

Il nodo dei medici di medicina generale 16

La questione delle risorse e della spesa corrente 18

Differenze territoriali nei servizi alla prima infanzia **20**

Un decennio di aumento delle risorse per rafforzare i servizi all'infanzia 20

Il quadro generale dei servizi all'infanzia al 2024 22

Al di là del dato medio... la grande eterogeneità territoriale 24

Le dimensioni del divario 26

Chi offre il servizio ... 28

.. e come è strutturato 30

Spendere meno, offrire diverso: la spesa per l'infanzia divide il Paese 32

Le prospettive della sanità post PNRR

Il Servizio Sanitario Nazionale affronta oggi una transizione strutturale che nasce da ragioni demografiche ed epidemiologiche prima ancora che organizzative. L'invecchiamento della popolazione e la crescente diffusione delle patologie croniche spostano il baricentro della domanda di cura dall'evento acuto alla presa in carico continuativa, di lungo periodo e prossima al luogo di vita della persona. Il sistema italiano è però caratterizzato da un assetto sbilanciato verso l'assistenza ospedaliera. I costi dello squilibrio sono stati resi molto evidenti dalla pandemia che ha fatto emergere le disparità territoriali nell'assistenza distrettuale e nella prevenzione e la debole integrazione tra ospedali, servizi territoriali e servizi sociali. È in questo quadro che si è collocata la scelta del PNRR di puntare sull'assistenza territoriale, tradotta nella Missione 6 Salute.

Una nuova assistenza territoriale: la sfida del PNRR

La spesa sanitaria pubblica in Italia, nel 2019, risultava pari al 6,3% del PIL. Un livello non elevato nel confronto internazionale: la spesa media dell'area euro risultava infatti pari all'8%. Come si può vedere dal grafico seguente, nei principali paesi (Germania e Francia) la spesa sanitaria pubblica[1] superava abbondantemente il 9% del PIL, evidenziando una differenza marcata di risorse a disposizione del sistema sanitario rispetto all'Italia. Tale differenza comportava una **spesa pro-capite più modesta in Italia rispetto agli altri principali paesi europei**: 1.906 euro per abitante di spesa sanitaria pubblica in Italia, contro 2.777 euro in media nell'UE27, un livello che risultava pari a meno della metà di quanto registrato in Germania, Danimarca o Lussemburgo.

La questione non è tuttavia solo di livello di spesa, ma anche di composizione. Distinguendo difatti gli esborsi sulla base della modalità di assistenza, si osserva come nel 2019 la maggior parte delle risorse spese in Italia fossero destinate alla cosiddetta **"spesa ospedaliera"**[2], che assorbiva il 2,8% del PIL, mentre solo il 25% fosse allocato a funzioni di assistenza territoriale o domiciliare[3]. In definitiva, in Italia la spesa per l'assistenza territoriale appare modesta, pari all'1,6% del PIL, soprattutto nei confronti dei maggiori paesi europei, come Francia, Germania ma anche Spagna, che a questa tipologia di assistenza destinano tra il 2 e il 3% del PIL.

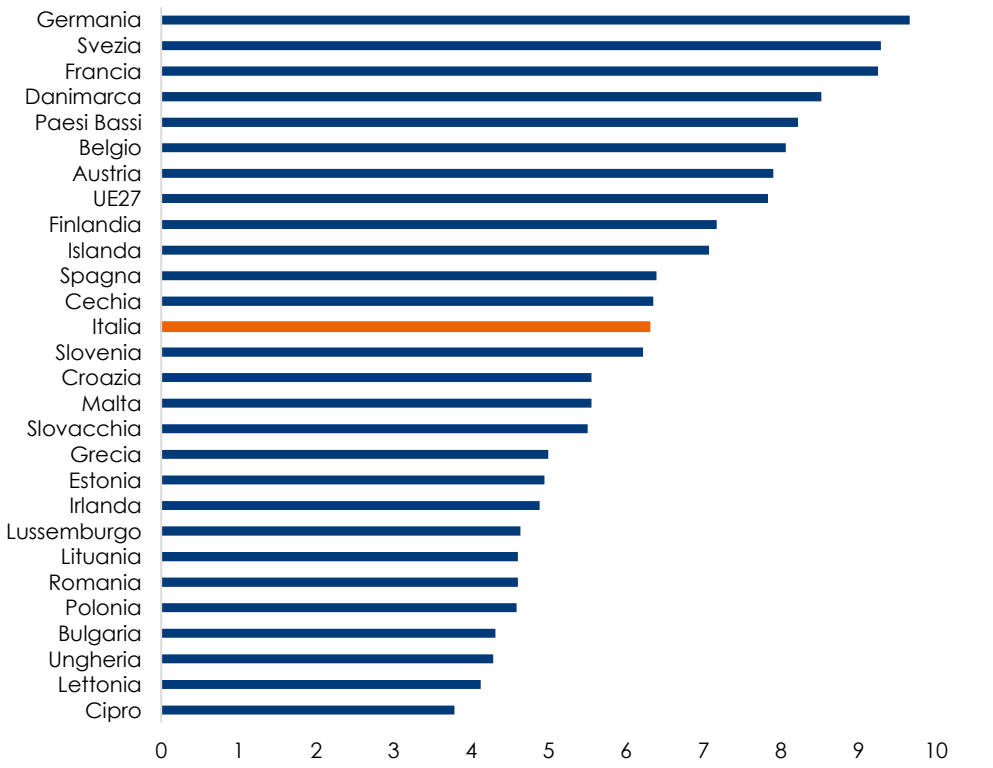
D'altra parte, **il sistema sanitario italiano è stato a lungo caratterizzato da un assetto prevalentemente ospedale-centrico**, nel quale l'ospedale ha mantenuto appunto un ruolo centrale nell'organizzazione e nell'erogazione delle cure, a fronte di uno sviluppo più disomogeneo dei servizi territoriali. Tale configurazione è riconducibile, almeno in parte, all'eredità del sistema mutualistico precedente all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, ma anche alla frammentazione dell'assistenza primaria e alla debole integrazione tra medicina generale, servizi sanitari territoriali e assistenza sociale.

[1] Calcolata come somma delle spese finanziate dalla Pubblica Amministrazione e dagli schemi obbligatori di assicurazione sanitaria sociale, per favorire il confronto tra paesi con strutture di finanziamento molto differenti. Ad esempio, in Francia, la maggior parte della spesa sanitaria pubblica è finanziata dall'Assurance Maladie, ramo sanitario della Sécurité sociale. Si tratta di un'assicurazione pubblica obbligatoria che copre praticamente tutta la popolazione residente. Nella classificazione internazionale SHA adottata da Eurostat, OCSE e OMS, questo circuito è inserito prevalentemente nella categoria Compulsory contributory health insurance schemes.

[2] Con ospedaliera si considera, in questo ambito (dati SHA Eurostat distinti per funzione e per regime di finanziamento), la spesa ospedaliera e residenziale; comprende convenzionalmente tutte le prestazioni erogate in regime di ricovero o diurno, incluse le cure di lungo periodo residenziali e semiresidenziali.

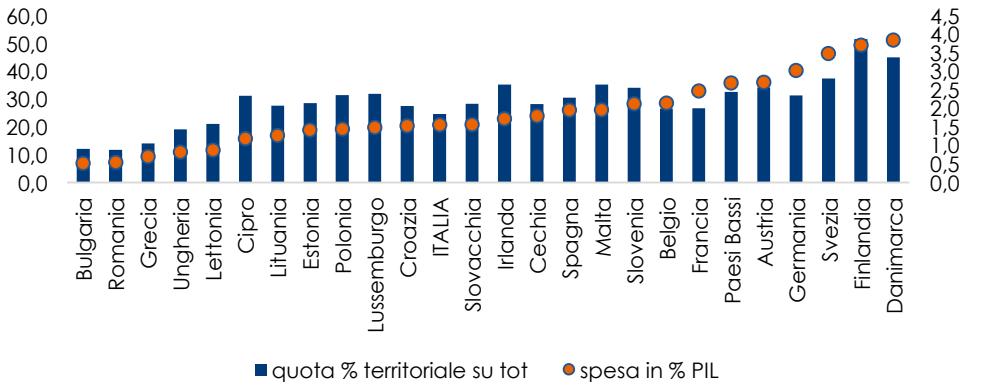
[3] Si intendono in questo ambito le cure senza ricovero: cure ambulatoriali e domiciliari, sia curative sia riabilitative, comprese le cure di lungo periodo ambulatoriali e domiciliari.

Spesa sanitaria pubblica e obbligatoria (2019, % PIL)



Fonte: elaborazioni REF su dati Eurostat

Spesa sanitaria territoriale (2019, in % spesa sanitaria totale e in % PIL, asse destro)



Fonte: elaborazioni REF su dati Eurostat

Negli anni Duemila, la governance della spesa sanitaria è stata fortemente condizionata dai vincoli di finanza pubblica, attraverso il Patto di stabilità interno, gli accordi Stato-Regioni e gli obiettivi di riequilibrio dei bilanci sanitari regionali. Tale orientamento ha determinato l'adozione di rigorosi Piani di rientro e misure di contenimento della spesa, attuati prevalentemente attraverso la razionalizzazione della rete ospedaliera, il blocco del turnover del personale e la riduzione del numero dei posti letto in rapporto alla popolazione.

Tuttavia, **la riduzione del numero degli ospedali non è stata accompagnata da un contestuale e adeguato potenziamento dell'assistenza territoriale**. La frammentazione regionale, unita alla carenza di investimenti strutturali nei servizi di prevenzione e nelle strutture intermedie, ha limitato lo sviluppo della continuità assistenziale.

La fragilità del Sistema Sanitario Nazionale sul fronte dell'assistenza territoriale è venuta interamente a galla, come è noto, con il Covid-19. Sono emerse le grandi disparità nell'erogazione dei servizi territoriali (in particolare in termini di prevenzione e di assistenza distrettuale); la scarsa integrazione tra i servizi territoriali, quelli ospedalieri e i servizi sociali; i tempi di attesa lunghi per alcune prestazioni.

È a partire da queste osservazioni che sono stati definiti gli interventi del PNRR in ambito sanitario. **La Missione 6 del PNRR (Missione Salute) aveva due obiettivi principali: superare le debolezze del sistema emerse durante la pandemia e rafforzare i servizi sanitari sul territorio, rendendoli più vicini e accessibili ai cittadini.** Prevedeva due Componenti principali.

La prima (M6 C1), "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", puntava al rafforzamento dell'assistenza territoriale mediante il potenziamento e la creazione di presidi territoriali, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una maggiore integrazione con i servizi sociali.

La seconda (M6 C2), "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", mirava invece al rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche esistenti, nonché alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e ad una maggiore informatizzazione, così da migliorare la capacità di monitoraggio dei LEA.

Sebbene la seconda Componente sia tutt'altro che secondaria, è la prima che nel Piano aveva il maggior ruolo di riforma della struttura del Sistema Sanitario.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel PNRR

La Componente 2 della Missione Salute del PNRR si proponeva diversi obiettivi. Il primo riguardava la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, prevedendo la definizione di un assetto istituzionale e organizzativo e standard strutturali omogenei. Il nuovo modello organizzativo è disciplinato dal Decreto Ministeriale n. 77 del 2022. **Il fulcro è il Distretto sanitario, che coordina una rete composta da Case della Comunità, Centrali operative territoriali, assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, consultori e servizi sociosanitari.**

Le Case della Comunità rappresentano il principale punto di accesso ai servizi territoriali; le Centrali operative territoriali coordinano la presa in carico e i passaggi tra ospedale, domicilio e strutture intermedie; gli Ospedali di Comunità accolgono pazienti che non necessitano di ricovero per acuti, ma non possono ancora essere assistiti a casa. Particolare rilievo è attribuito all'assistenza domiciliare e alla telemedicina, soprattutto per anziani, persone fragili e pazienti cronici.

La riforma istituisce, inoltre, il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici, volto a integrare dati e competenze sanitarie e ambientali secondo l'approccio "One Health"[4].

[4] L'approccio One Health considera la salute umana, animale e ambientale come strettamente interconnesse. Mira quindi a prevenire e affrontare i rischi sanitari attraverso il coordinamento tra medicina, veterinaria e tutela dell'ambiente.

Se gli investimenti del PNRR finanziano strutture, tecnologie e servizi, la riforma ne stabilisce gli standard organizzativi. Il DM 77/2022, che ne rappresenta il provvedimento attuativo, fissa alcuni obiettivi: garantire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari di base entro 75 minuti da casa per il 90% della popolazione; rafforzare la continuità assistenziale tra cure primarie, specialistica ambulatoriale e servizi sociali; promuovere modelli di presa in carico integrata della persona, con particolare attenzione ad anziani, fragili e cronici.

Per quanto riguarda gli investimenti, la Componente 1 prevede diverse linee di intervento, che sono state via via modificate nelle revisioni del PNRR che si sono succedute negli anni.

Il primo investimento (1.1) prevedeva la **realizzazione delle Case della Comunità**, strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali (evoluzione delle Case della Salute) concepite per garantire assistenza integrata e multidisciplinare di prossimità. Secondo il Piano, in ogni Casa della Salute dovrebbe essere presente un team multidisciplinare di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti sanitari e assistenti sociali. Le risorse messe a disposizione dal PNRR per l'attivazione delle Case della Comunità (CdC), realizzando nuove strutture o riutilizzando strutture già esistenti, erano pari a 2 miliardi di euro, che inizialmente dovevano finanziare 1.350 Case della Comunità. Con la seconda revisione del PNRR (quella più impattante, attuata a fine 2023, nella quale venne inserita la Missione RePower e si operarono diversi definanziamenti e rifinanziamenti di numerose misure), il target di Case della Comunità da realizzare con i fondi NGEU è stato ridimensionato a 1.038. Tale riduzione era stata giustificata dal forte aumento dei costi di realizzazione delle opere osservato dopo il 2022.

Secondo quanto indicato nel DM 77/2022, le Case della Comunità possono essere di due tipologie, hub e spoke. Le CdC hub costituiscono le strutture di riferimento, complete nelle dotazioni di servizio, mentre le CdC spoke sono articolazioni territoriali, con dotazioni più ridotte. Le CdC hub devono essere una ogni 40 mila/50 mila abitanti, mentre il numero di CdC spoke dipende dalla densità demografica, dall'orografia e dal principio di prossimità (devono essere facilmente raggiungibili). In tutte le Case della Comunità (sia hub che spoke) si devono obbligatoriamente offrire alcuni servizi: cure primarie (MMG e PLS); continuità assistenziale (ex guardia medica); infermieristica di famiglia e comunità (IFoC); assistenza specialistica ambulatoriale di base; servizi diagnostici di primo livello; attività di prevenzione e promozione della salute; telemedicina e teleassistenza; integrazione obbligatoria con i servizi sociali (Punti Unici di Accesso – PUA).

Altri servizi opzionali sono la possibilità di degenze intermedie, subacute, post-acute e riabilitative (solo nelle Case della Comunità dotate di posti letto); le attività riabilitative territoriali; i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche (SerD); e i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Il modello organizzativo delle Case della Comunità hub, definito dal DM 77/2022, prevede nella parte prescrittiva da 7 a 11 Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), 1 assistente sociale e da 5 a 8 unità di personale di supporto socio-sanitario e amministrativo. La presenza medica è obbligatoria h24, 7 giorni su 7: nelle ore diurne è assicurata dai Medici di Medicina Generale afferenti alla struttura (in base alle indicazioni applicative di AGENAS, da 30 a 35 MMG con un impegno di 2 ore settimanali ciascuno all'interno della CdC) mentre la copertura notturna e festiva è garantita dalla continuità assistenziale.

Il secondo investimento (1.2) prevedeva il potenziamento dei servizi domiciliari, che si concretizza nella realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), nell'ampliamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e nel rafforzamento della telemedicina, a supporto dei pazienti con patologie croniche.

Le **Centrali Operative Territoriali** costituiscono un modello organizzativo innovativo. Hanno la funzione di coordinare la presa in carico dell'assistito e raccordare i diversi servizi e professionisti coinvolti nei vari setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie, ospedaliere). Per l'implementazione delle COT sono state stanziate risorse pari a 280 milioni di euro (secondo l'ultima revisione), di cui, secondo quanto riportato da UPB[5], 104 milioni per la realizzazione, 43 milioni per l'interconnessione aziendale, 58 milioni per i device per operatori e pazienti, 50 milioni per un progetto pilota sull'AI nell'assistenza primaria e 25 milioni per il potenziamento del portale della trasparenza. L'obiettivo iniziale era di implementare 602 COT (sebbene nei Contratti Istituzionali di Sviluppo – CIS - firmati con le Regioni siano state programmate poi 611 COT); l'obiettivo minimo è stato successivamente rivisto a 480 a fine 2023, senza definanziamenti. Ciò ha comportato una ridefinizione dei target validi per la rendicontazione del NGEU, abbassato per tenere conto dell'aumento dei costi di costruzione. Le COT in eccesso rispetto al target europeo sono a carico di fonti alternative (accordi di programma, fondi per le politiche di coesione, Fondo Opere Indifferibili).

Gli standard operativi fissati dal DM 77/2022 per le COT richiedevano 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100 mila abitanti, o comunque a valenza distrettuale qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Lo standard minimo di personale prevede 5-6 infermieri per COT e 1-2 unità di personale di supporto.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Domiciliare Integrata** (Casa come luogo di cura), gli standard prevedono di raggiungere il 10% della popolazione over 65 anni, in particolare con una o più patologie croniche: il servizio è garantito dalla presenza di personale sanitario (infermieri, OSS, tecnici e medici) 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, anche con modalità di telemedicina. A favore dell'ADI sono stati stanziati 2,97 miliardi di euro (rivisti dai 2,72 miliardi previsti nella prima versione).

Condizione necessaria al potenziamento dei sistemi di assistenza domiciliare è lo sviluppo di progetti di telemedicina per i pazienti cronici; le soluzioni di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telecontrollo e teleassistenza) devono essere integrate nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il terzo investimento (1.3), denominato "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture" prevede il potenziamento dell'assistenza intermedia a livello territoriale mediante l'attivazione di **Ospedali di Comunità**, strutture sanitarie destinate a ricoveri di breve durata (non oltre 30 giorni), che si collocano a metà strada tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero e sono pensate per pazienti con bisogni sanitari di intensità medio-bassa. Per finanziare tale investimento è stato stanziato 1 miliardo di euro; la revisione del PNRR di fine 2023 ha modificato l'obiettivo minimo in termini di numero di Ospedali di Comunità da realizzare, abbassandolo da 400 a 307. I Contratti Istituzionali di Sviluppo stipulati dal Ministero della Salute con le singole Regioni e Province Autonome hanno però programmato un numero superiore al target minimo europeo per ragioni di copertura territoriale.

Gli standard stabiliti dal DM 77/2022 per gli Ospedali di Comunità prevedono che siano a gestione prevalentemente infermieristica e che ci siano 9-10 infermieri, 6 operatori socio-sanitari, 1-2 unità di personale di supporto (sanitario e amministrativo), nonché 1 medico (per 4,5 ore al giorno, 6 giorni a settimana).

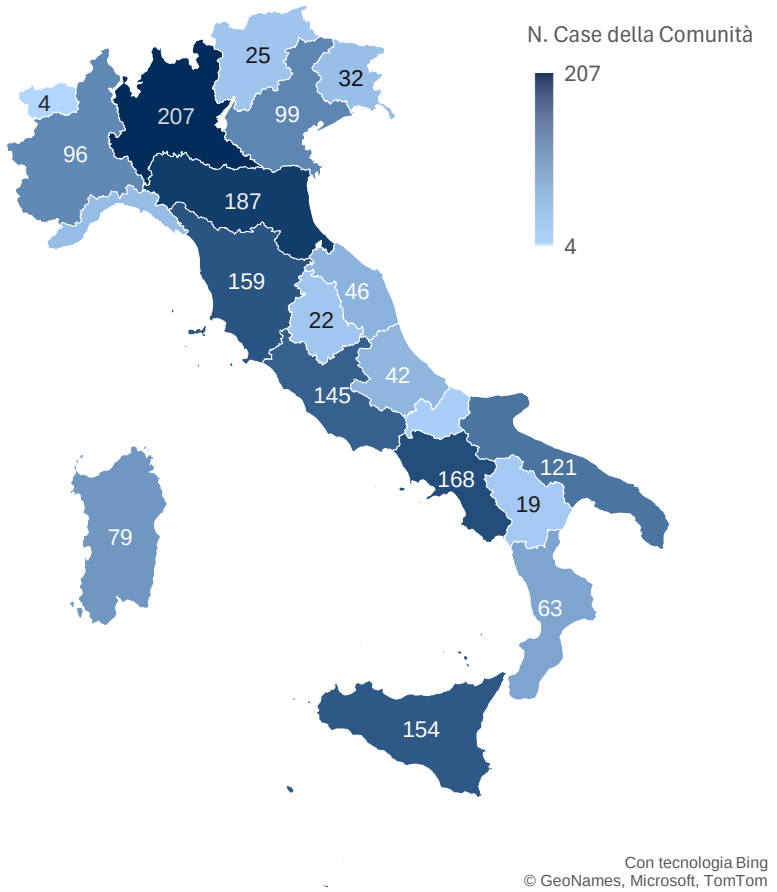
[5] UPB (2025), Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, Focus tematico n.3, 22 maggio 2025.

Il fabbisogno di personale dell'assistenza territoriale

Nelle valutazioni sull'attuazione dei progetti del PNRR si è prestata molta attenzione all'avanzamento fisico dei lavori. Valutazioni ulteriori, non alternative, sono quelle compiute da AGENAS nell'ambito del monitoraggio del DM 77/2022, che dà conto dello stato di attivazione e funzionamento dei servizi e delle strutture dell'assistenza territoriale.

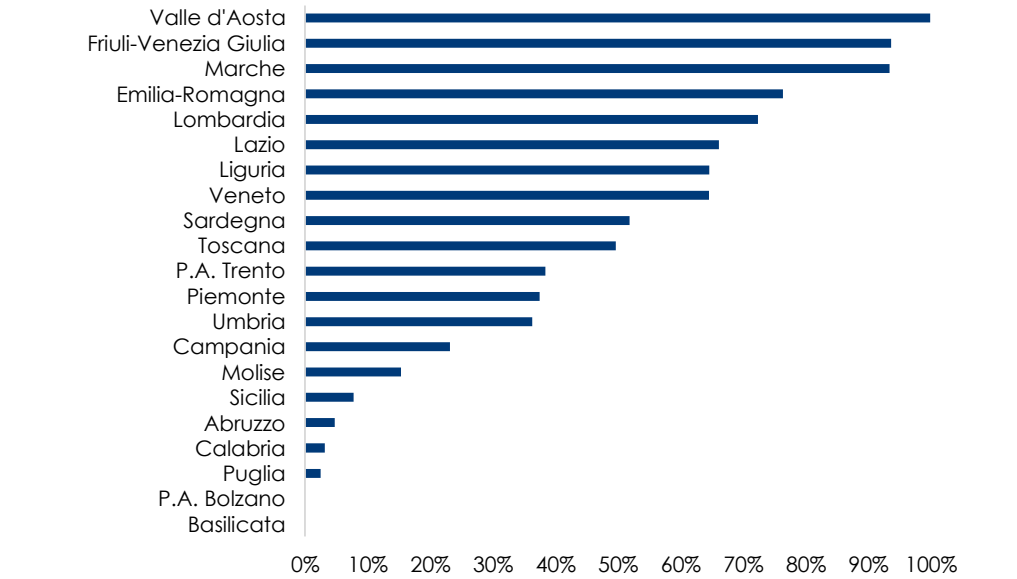
Sulla base degli ultimi monitoraggi effettuati da AGENAS, a fine 2025 risultavano programmate 1.715 Case della Comunità, di cui 1.404 da attivare entro il 2026 e sulla base dei CIS. Si tratta di un numero più elevato del target valido ai fini della rendicontazione NGEU (1.038) perché una parte dei progetti è stata spostata al di fuori del perimetro PNRR e finanziata con altre fonti. Di queste 1.715 CdC programmate, 781(il 46%) risultava con almeno un sistema attivo a fine 2025, con un aumento di 121 strutture rispetto al monitoraggio precedente (riferito al primo semestre 2025), segno di un'accelerazione nell'attuazione e nell'attivazione.

Case della Comunità programmate (CIS ed extra-CIS)



Fonte: elaborazioni REF su dati monitoraggio AGENAS 2° semestre 2025

Case della Comunità con almeno 1 servizio attivo (% su tot. CdC programmate, 31.12.2025)

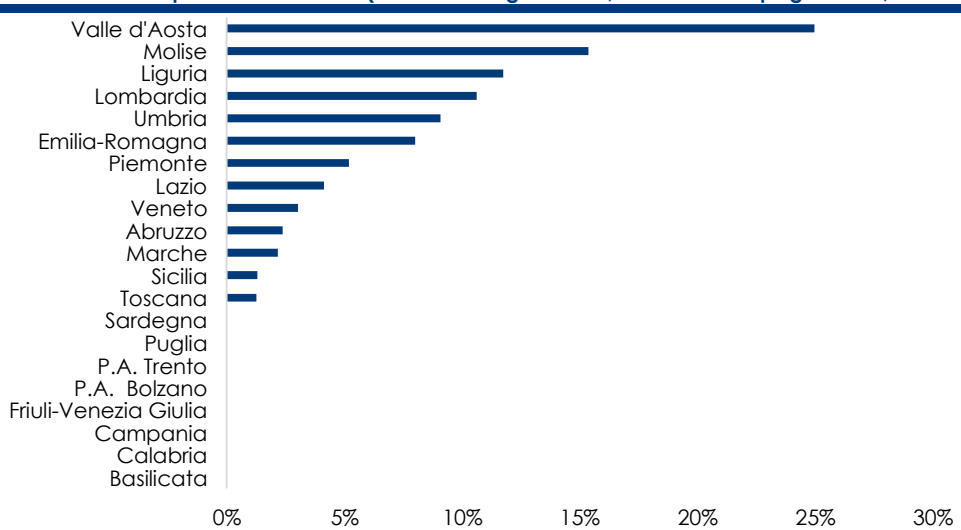


Fonte: elaborazioni REF su dati monitoraggio AGENAS 2° semestre 2025

Il dato più significativo ai fini valutativi è tuttavia quello relativo alla piena funzionalità secondo gli standard del DM 77/2022: **le CdC con tutti i servizi obbligatori attivi, incluse la presenza medica e quella infermieristica secondo gli standard previsti, erano soltanto 46 al primo semestre e sono salite a 66 al secondo semestre, pari al 3,8% della programmazione complessiva**. Il monitoraggio considera inoltre un cluster intermedio — strutture con almeno cinque servizi frequentemente associati e forme di presenza medica/infermieristica non ancora pienamente conformi agli standard — che conta 265 strutture, configurando una fascia di avanzamento parziale ampia ma ancora lontana dal regime.

Il divario territoriale è significativo. Emilia-Romagna (143 strutture con almeno un servizio attivo, 15 pienamente conformi), Lombardia (150 e 22) e Veneto (64 e 3) concentrano più di metà delle strutture funzionanti. In generale, i tassi di attivazione risultano più elevati nel Centro-Nord (64% delle CdC con almeno un servizio attivo e 24% con cinque servizi), mentre il Mezzogiorno appare ancora molto indietro, con solo il 15% di strutture che offrono almeno un servizio.

Case della Comunità pienamente conformi (tutti servizi obbligatori attivi*, % su totale CdC programmate, 31.12.2025)



Nota: *Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica. Fonte: elaborazioni REF su dati monitoraggio AGENAS 2° semestre 2025

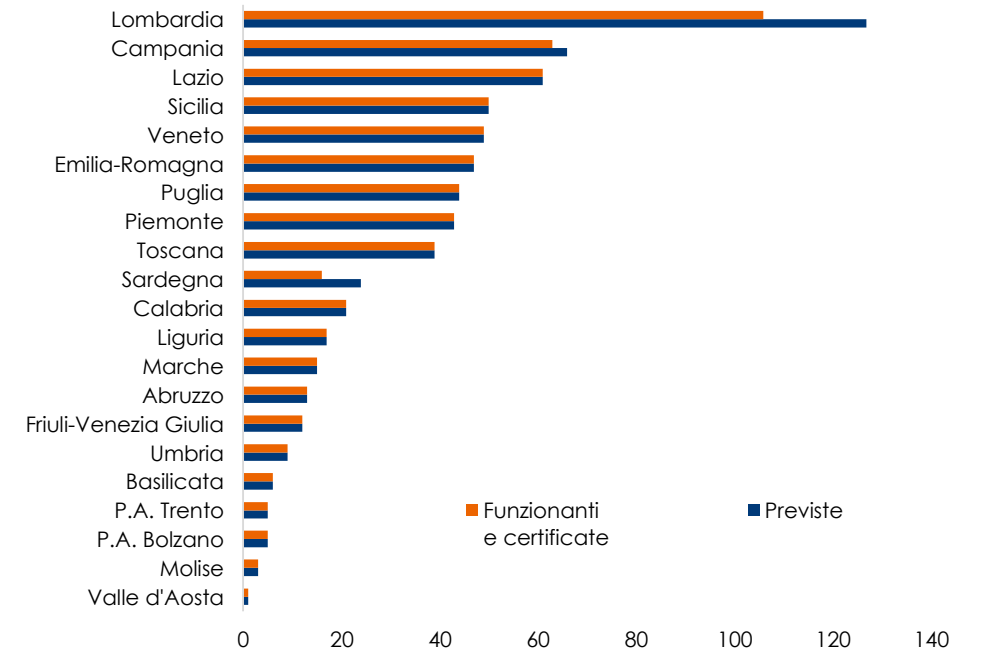
Va anche segnalato che il monitoraggio riguarda esclusivamente i servizi attivi e non l'avanzamento dei cantieri edilizi finanziati dal PNRR, i quali possono peraltro aver causato la temporanea interruzione di servizi in sedi precedentemente operative.

Sulla base di questi numeri, proviamo ad avanzare una stima di massima del fabbisogno potenziale di personale determinato dall'attivazione di tutte le CdC programmate. Per semplicità ipotizziamo, sulla base degli standard individuati nel DM 77/2022, che ogni CdC necessiti mediamente di 10 infermieri, 7 unità di personale di supporto, 1 assistente sociale e oltre 8.700 ore annue di assistenza medica (da MMG o continuità assistenziale). Si tratterebbe di oltre 17 mila infermieri, 12 mila unità di personale di supporto, 1.715 assistenti sociali e quasi 15 milioni di ore di assistenza medica.

Non è naturalmente detto che tutto questo fabbisogno di personale debba essere soddisfatto da nuove assunzioni (per quanto riguarda l'assistenza non medica), ma è comunque evidente come i numeri siano elevati, in particolare per il personale infermieristico.

Per quanto riguarda le COT, il target PNRR era già stato raggiunto e superato al 31 dicembre 2024 (612 COT attive rispetto al target di 480). A dicembre 2025 le COT programmate risultano 657, di cui 625 funzionanti (95,1%), con alcune Regioni che mostrano uno scarto tra programmazione e attivazione effettiva: Lombardia (127 previste, 106 funzionanti), Campania (66 e 63), Sardegna (24 e 16).

Centrali Operative Territoriali – COT (31.12.2025)



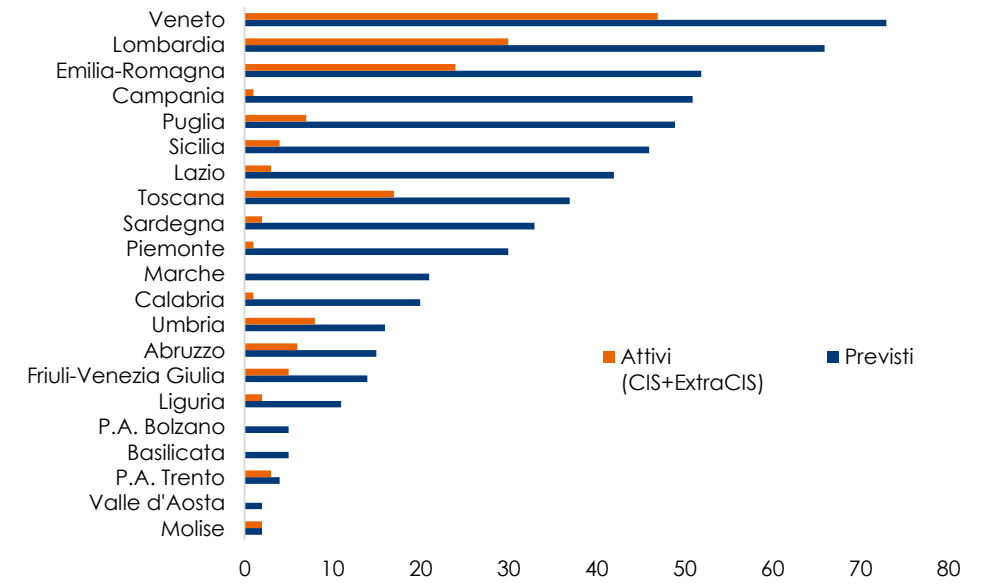
Fonte: elaborazioni REF su dati monitoraggio AGENAS 2° semestre 2025

Sulla base degli standard fissati nel DM 77/2022, il fabbisogno professionale determinato dalle COT programmate sarebbe di quasi 3.300 infermieri e 625 unità di personale di supporto.

Sempre secondo il monitoraggio AGENAS, gli Ospedali di Comunità attivi a fine 2025 erano 163, il 27,4% del totale previsto (594 OdC); il target da raggiungere ai fini della rendicontazione NGEU è 307 OdC entro il 30 giugno 2026. Anche in questo caso si osserva una marcata polarizzazione nei tassi di avanzamento: nel Nord il 44% degli OdC programmati (anche extra-CIS) risultavano

attivi a fine 2025, mentre nel Sud solo il 10%. Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sono, tra le Regioni più grandi, quelle che evidenziano percentuali di attivazione degli OdC più elevate, e dove si concentra la maggior parte degli Ospedali di Comunità già attivi (7 su 10 sono in queste quattro Regioni). All'opposto, Basilicata, Marche, P.A. di Bolzano e Valle d'Aosta non registrano ancora alcuna struttura attiva.

Ospedali di Comunità programmati e attivi (31.12.2025)



Fonte: elaborazioni REF su dati monitoraggio AGENAS 2° semestre 2025

A partire dagli standard indicati nel DM 77/2022 è possibile stimare il fabbisogno di personale implicato dagli Ospedali di Comunità programmati. Si tratta di oltre 5.300 infermieri, 3.500 operatori socio-sanitari, circa 600 unità di altro personale sanitario, con la necessità di coprire quasi 834 mila ore annue di assistenza medica: si tratta di oltre 1.900 unità di lavoro equivalenti a tempo pieno[6].

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità e i gap territoriali

Una figura cruciale nell'ottica della riorganizzazione della sanità territoriale come delineata dalla riforma introdotta con il DM 77/2022 è quella dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. L'**Infermiere di Famiglia e di Comunità** (IFeC) è la figura professionale attorno a cui si costruisce l'intero impianto dell'assistenza sanitaria territoriale. Il Decreto ne definisce il ruolo come quello di un professionista che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e ponendo al centro la persona. Non si tratta di una figura di supporto: il DM 77 assegna all'IFeC una funzione strutturale trasversale a tutti i principali setting dell'assistenza territoriale, rendendola di fatto la colonna vertebrale operativa dell'intero modello.

Nelle **Case della Comunità hub** l'IFeC è la figura infermieristica di riferimento: come visto in precedenza, il Decreto ne prevede da 7 a 11 per struttura, articolate in sotto-funzioni distinte (coordinamento organizzativo, attività ambulatoriale, triage e valutazione dei bisogni, assistenza domiciliare di base, teleassistenza) a copertura infermieristica di almeno 12 ore al giorno per 7 giorni su 7. Nell'**Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI) l'IFeC è il professionista che si reca

[6] Considerando le 38 ore contrattuali a settimana dei medici dipendenti del SSN, ma anche le 38 ore a settimana di assistenza primaria che un MMG con meno di 400 dipendenti deve garantire.

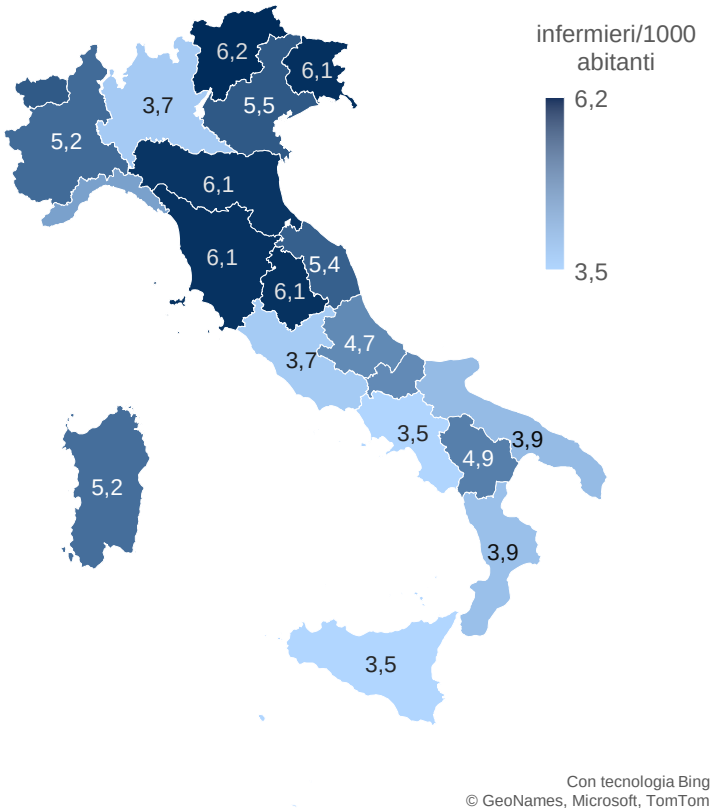
fisicamente al domicilio del paziente cronico o non autosufficiente, coordinando il piano di cura con il MMG e gli specialisti attraverso la COT: è quindi la figura che deve garantire il raggiungimento del target PNRR del 10% degli over 65 in ADI, che al 2019 partiva da meno del 3%. Negli **Ospedali di Comunità** che, come è stato ricordato, sono strutture a gestione prevalentemente infermieristica per definizione normativa, l'IFeC rappresenta il profilo di riferimento del personale infermieristico responsabile della presa in carico dei pazienti ricoverati e del raccordo con la rete territoriale in uscita dalla degenza.

Lo standard previsto è di almeno un IFeC ogni 2 mila-3 mila abitanti, inteso come dotazione complessiva distribuita nei diversi setting dell'assistenza territoriale e non come presenza fissa in un'unica struttura. Applicato alla popolazione residente, il parametro restituisce un fabbisogno teorico compreso tra 20 mila e 30 mila IFeC a livello nazionale.

Si tratterebbe di un fabbisogno aggregato, dato che l'IFeC rappresenta una figura trasversale, che dovrebbe servire i diversi setting assistenziali. Ad ogni modo, tale fabbisogno si confronta con una dotazione attuale che si si concentra in poche Regioni con consolidata tradizione di medicina di comunità e che rimane quasi assente nel Mezzogiorno.

I dati più recenti pubblicati dal Ministero della Salute sul personale del SSN, riferiti al 2022, evidenziano difatti alcune peculiarità. Complessivamente, gli infermieri dipendenti del SSN nel 2022 ammontavano a 268 mila persone, di cui il 77,8% donne, pari a 4,5 infermieri ogni mille abitanti. Tale numero non è però distribuito equamente sul territorio. Si va da livelli elevati osservati nella P.A. di Bolzano (6,4 infermieri ogni 1.000 abitanti) e in Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria (6,1 infermieri per 1.000 abitanti) a numeri molto bassi in Sicilia e Campania (3,5) e Lombardia (3,7). In generale, nel Mezzogiorno c'è mediamente un infermiere in meno ogni mille abitanti rispetto a quanto rilevato nella media del Centro-Nord (3,9 contro 4,9).

Dotazione di infermieri (infermieri del SSN ogni 1.000 abitanti, 2022)

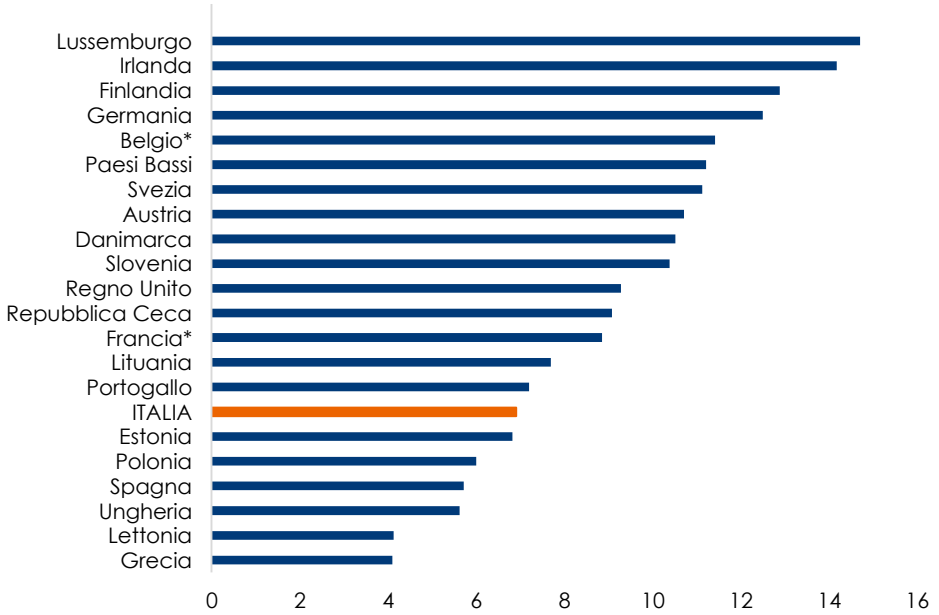


Fonte: elaborazioni REF su dati Ministero della Salute

La questione della dotazione di infermieri non è secondaria. Nello spostamento di baricentro dall'ospedale all'assistenza territoriale si tiene conto del cambiamento del quadro epidemiologico: una popolazione che invecchia, difatti, e con una sempre maggior diffusione di malattie croniche ha esigenze assistenziali diverse, più centrate sull'assistenza a lungo termine e ai servizi territoriali. In questo tipo di servizi, le figure centrali per garantire un buon funzionamento sono quelle infermieristiche, come peraltro messo in luce anche nell'architettura dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022.

L'Italia, però, oltre a presentare una certa disomogeneità territoriale, risulta anche sotto-dotata di personale infermieristico rispetto agli altri paesi europei. I dati OCSE, che peraltro fanno riferimento al totale degli infermieri praticanti (includendo, quindi, anche coloro che non sono dipendenti del SSN), evidenziano come in Italia ci siano 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti, un livello medio-basso. In Francia ci sono 8,9 infermieri ogni mille abitanti, in Germania 12,5.

Infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti (tutti i fornitori - pubblici e privati, 2024)



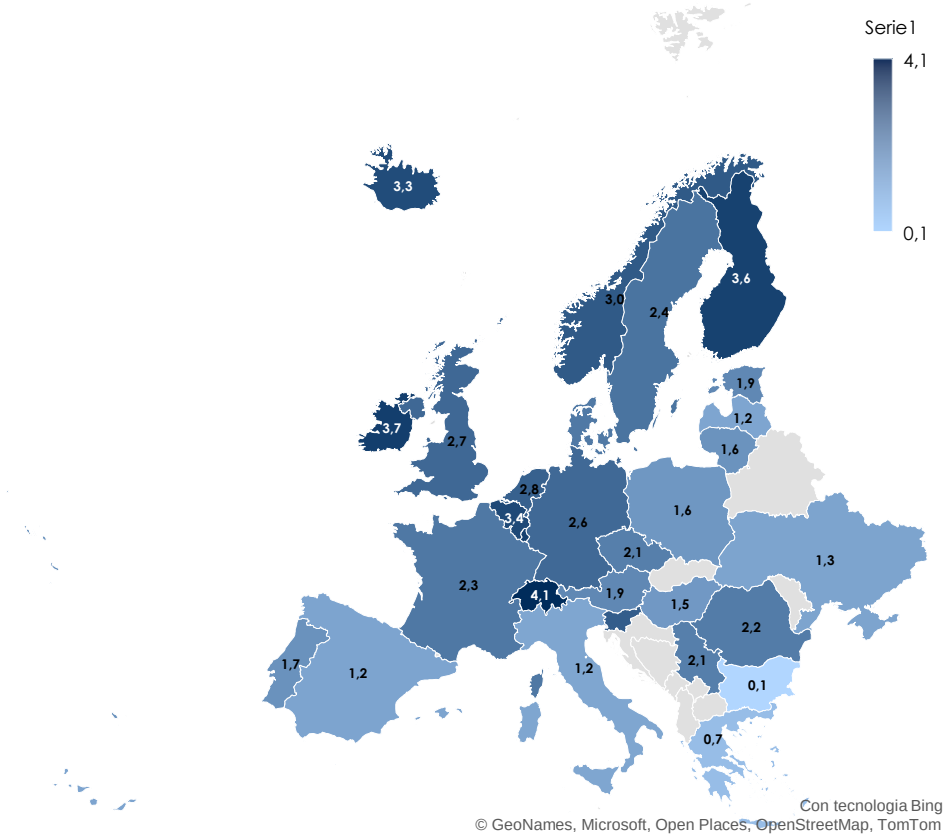
Nota: * per Belgio e Francia dati 2023: Fonte: elaborazioni REF su dati OCSE

Oltre a ciò, la struttura demografica del personale infermieristico in Italia riflette in buona misura quella della popolazione: in altre parole, è mediamente anziana. Più di un infermiere su 4 (il 26%) ha più di 55 anni; per quanto anche nel resto d'Europa si osservi una struttura mediamente anziana, la quota di infermieri anziani è uno su cinque (22%). Nel caso italiano, questo riflette anche i passati vincoli all'assunzione dettati dai vari blocchi del turnover attuati dalle Regioni in Piano di rientro.

Il confronto internazionale mette in luce anche come il rapporto tra infermieri e medici in Italia sia tra i più bassi d'Europa. Il punto non è formale: medici e infermieri sono entrambi essenziali, ma vanno "dosati" in proporzioni diverse a seconda del servizio. Per poter funzionare in maniera efficiente ed efficace, gli ospedali richiedono più infermieri che medici; nei servizi assistenziali e nella long term care, dove prevale la presa in carico continuativa, il rapporto deve essere ancora più sbilanciato verso la componente infermieristica. Sono esattamente gli ambiti su cui punta la riforma dell'assistenza territoriale, che infatti rafforza la centralità della figura dell'infermiere. In Italia, però, sulla base dei dati OCSE (sempre considerando l'insieme di medici

e di infermieri praticanti, indifferentemente dal settore in cui lavorano), **nel 2024 c'erano 1,2 infermieri per ogni medico, contro una media europea di 2.**

Rapporto infermieri/medici (tutti i fornitori - pubblici e privati, 2024)

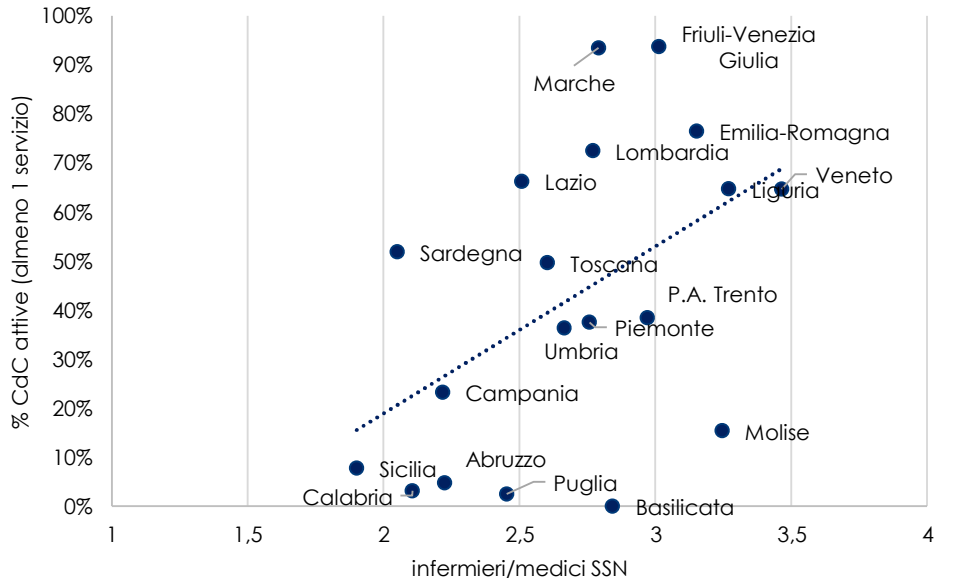


Nota: Per Belgio e Francia, dati 2023: Fonte: elaborazioni REF su dati OCSE

I numeri per il solo SSN sono migliori, con un rapporto medio nazionale che nel 2022 (dati Ministero della Salute) risultava pari a 2,6[7]. Anche in questo caso, però, si osserva la consueta disparità territoriale all'interno del nostro paese, con rapporti più elevati nel Nord (in media, 3 infermieri per medico) e più bassi al Sud (2,2). Inoltre, confrontando la dotazione territoriale come rapporto infermieri/medici con il tasso di attivazione delle Case della Comunità programmate, si osserva una relazione moderatamente positiva tra le due variabili. In altre parole, quando lo skill-mix risulta maggiormente sbilanciato verso le figure infermieristiche, si osserva una maggior quota di CdC con almeno un servizio attivo (dato che per queste servono appunto soprattutto gli infermieri).

[7] La grossa differenza con i dati OCSE potrebbe riflettere, oltre ai soliti divari nella costruzione dei dati (nei database internazionali ci sono operazioni di armonizzazione), differenze nelle definizioni (OCSE considera infermieri e medici praticanti, ovvero professionisti che prestano direttamente assistenza ai pazienti) ma anche diversità nei settori. Le statistiche OCSE, infatti, fanno riferimento a tutti i settori, anche quello privato, dove la presenza di medici è maggiore (abbassando così il rapporto), e include i MMG (che non sono dipendenti del SSN), i liberi professionisti e gli specializzandi con il solo contratto di formazione (quelli non assunti come dipendenti a termine).

Dove il rapporto infermieri-medici è più alto è più facile aprire le CdC (rapporto infermieri/medici: 2022; tasso attivazione CdC: fine 2025)



Nota: sono escluse Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano, in quanto outlier. Fonte: elaborazioni REF su dati Ministero della Salute e monitoraggio AGENAS

Anche in questo caso, però, si conferma la maggiore attivazione al Nord, a parità di dotazione infermieri/medici di Regioni del Sud.

I provvedimenti per il personale

Sempre secondo i dati OCSE, nel 2024 risultavano praticanti 407 mila infermieri (occupati nel settore privato e in quello pubblico). È questo il punto di partenza per capire quali spazi sussistano per rispondere al fabbisogno generato dal DM 77/2022 di rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Per quanto gli standard per i singoli investimenti (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, etc.) possano suggerire anche numeri complessivamente più elevati, consideriamo come **fabbisogno aggregato di personale infermieristico generato dalla riforma la stima di 30 mila infermieri**, ovvero quanto definito dai requisiti trasversali introdotti dalla definizione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Se tale fabbisogno dovesse essere interamente soddisfatto da nuovo personale, ciò comporterebbe un aumento del numero di infermieri del 7,4%. Ma naturalmente non è così; parte degli infermieri necessari all'assistenza territoriale arrivano da altri comparti del SSN. Inoltre, occorre ricordare che dei 407mila infermieri risultanti nel 2024, circa un terzo (quasi 140 mila) non erano personale del SSN, ma occupati in altri settori (prevalentemente la sanità privata); si tratta, in altre parole, di personale già attivo e praticante, ma da attrarre nel settore pubblico. È questo un bacino non trascurabile di personale già formato ma che richiede i giusti incentivi. Inoltre, le retribuzioni medie degli infermieri in Italia sono inferiori a quelle della media europea (a parità di potere d'acquisto); ciò implica incentivi all'emigrazione (fenomeno che peraltro si sta osservando in misura crescente). L'attrattività del SSN rispetto ad alcune opportunità offerte dal settore privato è stata peraltro indebolita dalle carenze di organico, che accrescono i carichi assistenziali e possono tradursi in turnazioni più gravose e meno prevedibili.

Per quanto riguarda invece il nuovo personale infermieristico, il numero di nuovi infermieri è limitato dalla programmazione dei posti per i corsi di laurea in Scienze infermieristiche (recentemente, circa 20 mila all'anno in media). Negli ultimi anni si è osservata una riduzione del numero di domande presentate e, per l'anno accademico 2025-26, il numero di domande è stato inferiore ai posti disponibili (0,92 domande ogni posto presentato). Si potrebbe quindi affermare che più di recente sta pesando una perdita di attrattività del percorso, che si somma probabilmente anche a effetti demografici (coorti meno numerose), e che limita ancora di più il numero di infermieri potenzialmente in ingresso, a fronte di uscite per pensionamento in aumento (data la struttura demografica del personale).

L'IFeC, pertanto, rischia di restare una figura introdotta per normativa, ma senza corpo, se manca il personale.

Una progressione di interventi legislativi ha provato a dare una copertura finanziaria agli standard fissati dal DM 77/2022, senza tuttavia colmare in misura sufficiente il divario tra fabbisogno teorico e dotazioni disponibili.

La legge di bilancio per il 2022 (L. 234/2021) ha costituito il principale strumento di sostenibilità della riforma territoriale. Il provvedimento ha autorizzato, in deroga ai tetti di spesa del personale del SSN allora vigenti, risorse progressivamente crescenti destinate all'assunzione di personale dipendente e convenzionato per l'attuazione degli standard del DM 77/2022: 91 milioni di euro per il 2022, 150 milioni per il 2023, 328 milioni per il 2024, 591 milioni per il 2025 e 1 miliardo di euro a decorrere dal 2026. Tali risorse, richiamate nell'Allegato 1 del DM 77/2022 come piano di accompagnamento finanziario alla riforma, sono destinate al complesso del personale della rete territoriale: medici, infermieri, operatori sociosanitari e personale amministrativo. La Relazione Tecnica quantificava però in 7.300 infermieri il fabbisogno (di CdC, OdC, COT, etc.) coperto dalle risorse, un numero inferiore a quanto si stima in queste pagine. La stessa legge ha inoltre introdotto, per il periodo luglio 2022-dicembre 2023, la possibilità di stabilizzare a tempo indeterminato il personale del ruolo sanitario reclutato con procedure concorsuali durante l'emergenza pandemica, misura che ha riguardato in misura rilevante il personale infermieristico.

La legge di bilancio per il 2024 (L. 213/2023) è intervenuta in aggiunta, autorizzando ulteriori risorse specificamente destinate al rafforzamento delle assunzioni per l'assistenza territoriale e all'attuazione degli standard del DM 77/2022: 250 milioni di euro per il 2025 e 350 milioni a decorrere dal 2026, anch'esse in deroga ai tetti di spesa ordinari. Il Decreto Legge 19/2024, adottato in attuazione del PNRR, ha introdotto criteri semplificati per le assunzioni a tempo determinato e indeterminato negli enti del SSN, con l'obiettivo di accelerare il reclutamento nelle strutture territoriali in fase di attivazione.

Infine, la legge di bilancio per il 2025 (L. 207/2024) ha previsto misure sull'indennità infermieristica, nel quadro di un più ampio intervento sui trattamenti economici del personale sanitario non medico.

Il nodo dei medici di medicina generale

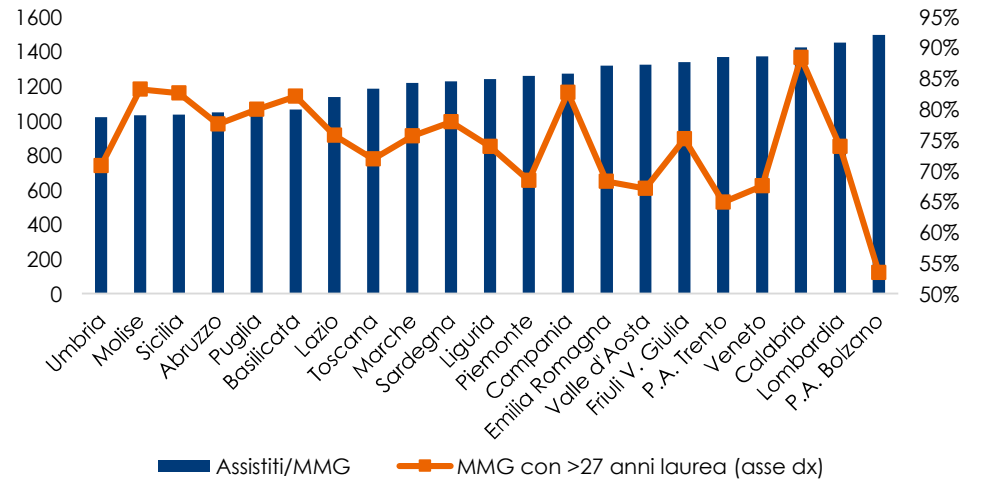
Benché la figura principale nel quadro di rafforzamento dell'assistenza territoriale sia quella dell'infermiere, un nodo da sciogliere rimane quello riguardante i medici di medicina generale (MMG). Come ricordato in precedenza, i MMG hanno un ruolo all'interno dell'architettura dell'assistenza territoriale disegnata dal DM 77/2022 e, in particolare, per il funzionamento delle Case della Comunità, dove i medici di medicina generale dovrebbero essere integrati in équipe multidisciplinari (composte, come si è visto, da infermieri, assistenti sociali, specialisti e personale socio-sanitario).

Il coinvolgimento dei MMG richiede però una regolazione delle forme di partecipazione degli stessi alle varie strutture. Attualmente, i MMG sono liberi professionisti convenzionati con il SSN. Il DM 77/2022 prevede per le Case della Comunità hub una presenza medica obbligatoria 24 ore al giorno, 7 giorni su 7: nelle ore diurne essa è garantita dai MMG afferenti alla struttura, mentre la copertura notturna e festiva compete alla continuità assistenziale. Ma nessuna di queste ore settimanali è obbligatoria per il MMG sulla base del Decreto: si tratta di prestazioni aggiuntive che richiedono una specifica regolamentazione contrattuale e una remunerazione dedicata, da negoziare in sede di Accordo Collettivo Nazionale o di Accordi Integrativi Regionali. Con l'Accordo concluso a fine giugno 2026 (intesa in Conferenza Stato-Regioni del 26 giugno) è stata regolata la modalità di coinvolgimento dei MMG. Per i medici già a ciclo di scelta[8] a tempo indeterminato che non abbiano accettato il completamento dell'impegno (ovvero la proposta, rivolta dall'Azienda ai medici con un numero di assistiti inferiore al massimale e quindi capacità oraria, di portare l'impegno fino a 38 ore settimanali), viene introdotto l'obbligo di svolgere fino a 6 ore settimanali nelle Case della Comunità, dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, con un compenso omnicomprensivo di 38,72 euro per ciascuna ora di attività. È l'Azienda sanitaria a ripartire il fabbisogno residuo tra i medici del territorio, con l'obiettivo di garantire almeno un medico del ruolo unico nella fascia 8-20.

Per i nuovi MMG, entrati in ruolo dal 2025, un Accordo Collettivo Nazionale ha già stabilito l'obbligo del ruolo unico di assistenza primaria, che prevede una divisione del tempo di lavoro tra il proprio studio medico e le strutture territoriali.

Ma c'è un altro aspetto da considerare, ovvero la carenza numerica di MMG. Secondo le rilevazioni effettuate da AGENAS, il numero di MMG è in contrazione; nel 2021 i MMG erano scesi a 40.250, 2.178 medici in meno del 2019. Secondo GIMBE il calo è proseguito anche negli anni successivi, e nel 2024 i MMG erano 36.812; ne discende un aumento del numero medio di assistiti per medico, che sale dai 1.224 del 2019 a 1.383 nel 2024. Peraltro, il numero medio di assistiti varia molto da territorio a territorio, mettendo in luce carenze e situazioni critiche peculiari, come in Lombardia, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Calabria.

Saturazione dell'offerta di servizi dei MMG e anzianità (2021, numero di assistiti per MMG - media e quota di MMG con anzianità di laurea superiore ai 27 anni)



Fonte: elaborazione REF su dati monitoraggio AGENAS

[8] Modalità classica del medico di famiglia fiduciario. Il rapporto nasce dalla libera scelta del cittadino, che iscrive il proprio nome nella lista di un dato medico. La remunerazione è prevalentemente "a quota capitaria": consiste cioè un compenso annuo per ciascun assistito in carico, fino a un tetto massimo.

Inoltre, i dati di AGENAS mettono in luce un altro aspetto preoccupante, ovvero l'elevata anzianità dei MMG; nel 2021, oltre tre MMG su quattro avevano un'anzianità di laurea di oltre 27 anni (ovvero, un'età avanzata), con punte superiori all'80% in Calabria (88%), Molise, Sicilia e Campania (83%) e Basilicata (82%), presupponendo così in prospettiva flussi di pensionamento importanti.

Oltre ai flussi in uscita in aumento, quelli in ingresso si stanno dimostrando in riduzione. Le borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale sono state mediamente 1.000 all'anno nel periodo 2014-17, per poi aumentare a circa 2.400 in media all'anno grazie al sovrapporsi di due finanziamenti straordinari: 3.277 borse stanziate dal DL Calabria (2019-2022) e 2.700 dai fondi del PNRR (2021-2023). Proiezioni AGENAS sul numero di borse e sui flussi di pensionamento evidenziano come solo il 74% dei MMG viene sostituito; in realtà il quadro è anche peggiore, dal momento che non tutte le borse sono assegnate a causa della scarsa partecipazione (i candidati sono meno dei posti disponibili), o vengono abbandonate durante il percorso.

La questione delle risorse e della spesa corrente

Il PNRR si è mostrato particolarmente ambizioso in ambito sanitario, ridisegnando gli equilibri e puntando al potenziamento dell'assistenza territoriale. Una questione non irrilevante, però, è quella relativa alle risorse necessarie al funzionamento delle strutture create con i finanziamenti del PNRR. Il Piano finanzia le infrastrutture delle Case della Comunità e temporaneamente i servizi ADI, ma non le retribuzioni del personale a regime.

La questione della spesa corrente costituisce il principale snodo per consentire un utilizzo delle infrastrutture realizzate con le risorse del PNRR. Le risorse del Piano sono infatti destinate in prevalenza a spese in conto capitale (edilizia sanitaria, grandi apparecchiature, infrastrutture digitali) mentre l'entrata in funzione a pieno regime delle nuove strutture richiede risorse correnti aggiuntive e permanenti, in primo luogo per il finanziamento del personale, che il PNRR non copre in via strutturale.

Qualche risorsa per il personale è stata individuata, come si è visto, nel Sustainability Plan (DL 34/2020) e nelle Leggi di Bilancio 2022 e 2024, ma con importi che potrebbero rivelarsi insufficienti. Utilizzando la stima di fabbisogno complessivo di infermieri, secondo lo standard trasversale degli IFeC (30 mila a regime, considerando che devono essere uno ogni 2 – 3 mila abitanti), si possono stimare costi di almeno 1,2 miliardi di euro all'anno[9], senza considerare l'altro personale dipendente necessario nonché le ore di assistenza medica da convenzioni con i MMG.

A conclusioni simili giunge anche l'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB). Quest'ultimo evidenzia nel suo focus come gli stanziamenti per il personale dell'assistenza territoriale potrebbero non essere adeguati ad assicurare gli standard, per quanto sufficientemente dimensionati per consentire un ampliamento dei servizi. L'UPB quantifica il costo del personale in poco più di 1,2 milioni per ciascuna CdC (ovvero, circa 1,3 miliardi per le 1.038 strutture come da target PNRR[10], fino a circa 1,8 miliardi se fossero tutte hub) e in poco meno di 0,8 milioni per OdC, per un fabbisogno di circa 200 milioni (obiettivo minimo) o 300 milioni (programmazione completa). A

[9] Considerando un costo per nuove assunzioni di circa 40 mila euro l'anno, sulla base delle stime ARAN per il 2025 che indicavano una retribuzione media di fatto per gli infermieri attorno ai 36 mila euro (ma, trattandosi di media, riflette anche l'anzianità media elevata e l'incidenza di progressioni e indennità varie).

[10] Target PNRR. Le Case della Comunità programmate nei CIS ed extra-CIS sono però, secondo ultimo monitoraggio di AGENAS, 1.715. Le risorse correnti necessarie, quindi, sono anche di più.

fronte di ciò, le risorse già autorizzate[11] ammontano, per Case e Ospedali di comunità, a circa 759 milioni nel 2025 e a circa 1,3 miliardi a regime.

Rimane quindi in buona parte aperta la questione della spesa corrente da finanziare; anche per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il PNRR ha assicurato il finanziamento (quindi con spese correnti), ma solo fino all'esaurimento del periodo di validità del Piano: lo stesso Documento di finanza pubblica prevede, per il mantenimento a regime, un onere di circa 1,3 miliardi annui dal 2027, a carico del finanziamento ordinario del SSN.

Oltre al tema delle risorse, infine, sussistono anche questioni gestionali. Le Regioni devono utilizzare le risorse stanziate per gli scopi previsti e, soprattutto, devono riuscire a reperire il personale richiesto, in un contesto di scarsa attrattività del SSN che ostacola il reclutamento di infermieri e medici di medicina generale.

Il rischio concreto è che le strutture finanziate dal PNRR restino fisicamente completate ma funzionalmente vuote.

[11] UPB considera le risorse individuate nei DL 34/2020 e legge di bilancio 2022 (L. 234/2021) e 2024 (L. 213/2023).

Differenze territoriali nei servizi alla prima infanzia

I servizi alla prima infanzia hanno diverse finalità, con un ruolo non secondario nelle politiche pubbliche. Tra queste vi sono almeno quattro dimensioni che possono essere evidenziate.

Dal punto di vista dell'**equità**, i nidi rappresentano il principale tipo di servizio alla prima infanzia, riducendo il divario di opportunità tra bambini che crescono in contesti diversi. L'accesso a servizi educativi di qualità nei primi anni di vita è particolarmente importante perché è in questa fase che si formano competenze cognitive e relazionali decisive per il percorso scolastico successivo.

La finalità strettamente educativa, legata allo **sviluppo umano**, per quanto riguarda i servizi alla prima infanzia è stata riconosciuta relativamente da poco. È con il Decreto legislativo 65 del 2017 che si istituisce il Sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni, assegnando a tale sistema, di cui i servizi all'infanzia fanno ora parte, il compito di sviluppare le potenzialità di relazione, autonomia e apprendimento e di ridurre gli svantaggi.

Vi è poi l'obiettivo della **conciliazione**, strettamente legato alla finalità di promuovere la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Nel 2002, nelle conclusioni del Consiglio europeo di Barcellona, in un passaggio dedicato proprio alla rimozione dei disincentivi alla partecipazione femminile al mercato del lavoro, è stato introdotto l'obiettivo di un tasso di copertura (pari al 33%) dei bambini sotto i tre anni. Successivamente, la Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 ha alzato l'obiettivo al 45% entro il 2030, fissando per l'Italia un traguardo specifico del 41,7%. **In presenza di servizi accessibili, stabili e diffusi, per i genitori – in particolare per le madri - diventa più facile mantenere o cercare un'occupazione**. Questo li rende una misura di politica sociale, ma anche di politica del lavoro e della natalità.

Infine, vi è la finalità di **coesione territoriale**. Vi dovrebbe essere un'uguaglianza di accesso a prescindere dal territorio di residenza: è in quest'ottica che è stato fissato un livello essenziale delle prestazioni (LEP) per quanto riguarda i servizi all'infanzia, in termini di copertura dei bambini sotto ai tre anni.

Nella realtà, i dati evidenziano un quadro estremamente frammentato, con un'offerta che riflette le differenze esistenti tra le diverse aree del Paese. La spesa e la capacità di offerta non dipendono a loro volta solo dai bisogni, ma anche dalla capacità amministrativa, dalle risorse disponibili e dall'organizzazione locale dei servizi.

Un decennio di aumento delle risorse per rafforzare i servizi all'infanzia

Il sistema dei servizi all'infanzia ha sperimentato nel corso dell'ultimo decennio alcuni interventi rilevanti finalizzati ad un suo potenziamento, soprattutto nei territori dove l'accesso a tali servizi risulta più complesso.

Con il d.lgs. 65/2017 è stato istituito il Sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni. Tra gli obiettivi, **garantire pari opportunità educative, di cura, relazione e gioco e superare le disuguaglianze territoriali, economiche, culturali ed etniche**. Con tale provvedimento, oltre a riconoscere anche ai servizi alla prima infanzia finalità educative, è stata superata la tradizionale separazione tra servizi 0-3 e scuola dell'infanzia 3-6. **Nidi, servizi integrativi e scuole per l'infanzia vengono ricondotti a un percorso unitario**, pur restando distinti sul piano organizzativo ed istituzionale. È stato definito un coordinamento tra Stato, Regioni ed Enti locali ed è stato introdotto il Piano di azione nazionale pluriennale, con cui lo Stato programma il consolidamento, l'ampliamento e la qualificazione del Sistema integrato di educazione e istruzione 0-6, destinando le risorse disponibili sulla base degli obiettivi educativi, dell'evoluzione demografica e dei divari territoriali.

Il finanziamento degli interventi è demandato al **Fondo nazionale per il sistema integrato 0-6**, con risorse statali per sostenere il Piano di azione nazionale; le risorse sono poi trasferite alle Regioni, che le programmano e le assegnano ai Comuni, singoli o associati, sulla base di progetti e priorità territoriali. Il Fondo serve a finanziare progetti in edilizia, gestione e qualificazione dell'offerta, inclusi formazione, coordinamento pedagogico e riduzione dei costi per le famiglie. È prevista una quota perequativa: almeno il 20% delle risorse sono destinate alle Regioni e Province Autonome che presentano il maggiore divario negativo rispetto alla media nazionale nella disponibilità di posti per i bambini da zero a tre anni.

Con la legge di bilancio 2020 è stato, inoltre, istituito il **Fondo asili nido e scuole dell'infanzia**, collocato presso il Ministero dell'Interno, dotato di 2,5 miliardi nel periodo 2021-2034 (200 milioni annui nel periodo 2024-2034) e destinato a interventi in conto capitale, quali opere pubbliche di messa in sicurezza, ristrutturazione, riqualificazione e costruzione di edifici comunali destinati ad asili nido e scuole dell'infanzia.

Anche il **PNRR** ha previsto una specifica linea di intervento per il potenziamento dell'offerta sia dei nidi che delle scuole per l'infanzia. Si tratta dell'Investimento 1.1 all'interno della M4C1 (Missione 4, Istruzione e Ricerca; Componente 1, Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università). Inizialmente, il PNRR prevedeva un finanziamento pari a 4,6 miliardi di euro per la creazione di 264.480 posti (target). La principale revisione (operata a fine 2023) ha ridotto il target a 150.480 posti, posticipando la scadenza di un semestre (spostandola a giugno 2026). **L'investimento è stato definanziato**, e il finanziamento PNRR post revisione è di 3,24 miliardi di euro. Per quanto riguarda le risorse in meno, c'è stata sostituzione con risorse nazionali. Oltre a queste risorse nell'ambito del PNRR, sono disponibili ulteriori fondi nazionali e locali, come integrazione e cofinanziamento dei progetti. Una parte delle risorse originariamente stanziate dal Fondo asili nido e scuole dell'infanzia è stata successivamente ricompresa nel PNRR tra i progetti in essere: nella configurazione originaria ammontava a circa 0,7 miliardi mentre, dopo la rimodulazione, è scesa a 0,24 miliardi. Inoltre, la revisione ha escluso le spese correnti di gestione delle nuove strutture, pari a 0,9 miliardi di euro (costi coperti poi con risorse nazionali con il DL 19/2024).

L'Ufficio Parlamentare di Bilancio ha dedicato due focus di approfondimento sul tema[12], mettendo in luce come la **risposta da parte dei Comuni**, che dovevano partecipare ai bandi per ottenere le risorse (allocate inizialmente sui territori con criteri prevalentemente regionali), **sia stata modesta per quanto riguarda gli asili nido, mentre molto più vivace per le scuole d'infanzia**. Nonostante una proroga dei termini per la presentazione dei progetti, in tredici Regioni - tutte quelle del Mezzogiorno tranne la Sardegna - residuavano risorse per i nidi. La Sicilia ha rinunciato a 119 milioni, il 43% del proprio plafond, la Basilicata a 47,9 milioni. Per non lasciarle inutilizzate, un decreto dell'aprile 2022 ha disposto che le somme residue dei nidi finanziassero i poli dell'infanzia. Dal punto di vista attuativo, infine, i dati ReGis più recenti analizzati dall'UPB (risalenti a fine 2024) evidenziano un sostanziale ritardo. **Dei 3.199 progetti censiti, poco meno del 3% risultava concluso, mentre per 440 interventi, tutti afferenti al Nuovo piano asili nido, non erano disponibili informazioni.**

Il Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (PSB) ha integrato il potenziamento dei servizi educativi per la prima infanzia (0-3 anni) come impegno strutturale. Tra gli investimenti utili per ottenere l'estensione da quattro a sette anni del periodo valido per il percorso di consolidamento fiscale all'interno delle nuove regole di governance fiscale, il PSB inserisce il completamento degli investimenti del PNRR per la prima infanzia. Sono stati previsti tre obiettivi da conseguire entro fine 2027: la copertura finanziaria adeguata al funzionamento dei servizi, l'ottenimento del

[12] UPB (2022), Piano asili nido e scuole dell'infanzia: prime evidenze dall'analisi delle graduatorie; UPB (2025), Piano asili nido e scuole dell'infanzia: stato di attuazione e obiettivi del PNRR e del PSB.

benchmark europeo di copertura del servizio fissato a Barcellona (nella prima versione, pari al 33% dei bambini fino a tre anni) e l'incremento dell'accessibilità ai servizi per la prima infanzia. In particolare, **il PSB fissa l'obiettivo di una copertura pari ad almeno il 33% su base nazionale e al 15% in ciascuna Regione**.

In aggiunta, con la legge di bilancio 2022 si è tradotto il riferimento al 33% in un livello essenziale delle prestazioni sociali (LEP) relativo ai servizi per l'infanzia. Il LEP stabilisce che **ciascun Comune, o bacino territoriale[13], debba garantire un numero di posti equivalenti a tempo pieno nei nidi e micronidi (includendo l'offerta privata), in termini di costo standard, pari al 33% della popolazione tra 3 e 36 mesi entro fine 2027.**

Per gli Enti che risultano fornire una copertura al di sotto degli obiettivi di servizio annuali (fissati come numero di utenti/posti aggiuntivi da garantire così da avvicinarsi gradualmente al target), sono previsti trasferimenti di risorse aggiuntive dallo Stato, finalizzate al potenziamento del servizio. Se inizialmente tali risorse aggiuntive erano a carico del Fondo di solidarietà comunale (FSC), con la legge di bilancio 2024[14] - recependo quanto osservato dalla sentenza n. 71/2023 della Corte costituzionale - si è istituito il Fondo speciale equità livello dei servizi, nel quale confluiscono i finanziamenti, precedentemente inclusi nel FSC, vincolati ad obiettivi di miglioramento dei servizi di rilevanza sociale (tra i quali gli asili nido), per il superamento dei divari territoriali nelle prestazioni. I finanziamenti vincolati per raggiungere i livelli essenziali per quanto riguarda gli asili nido sono pari a 300 milioni di euro per il 2025, 450 per il 2026 e, dal 2027, a 1,1 miliardi di euro annui. Le risorse per gli obiettivi di servizio di asili nido riconfluiranno nel FSC a partire dal 2029.

Il quadro generale dei servizi all'infanzia al 2024

I servizi per l'infanzia hanno così sperimentato una serie di cambiamenti rilevanti, con un intervento maggiore da parte dello Stato sul finanziamento e sulla definizione degli obiettivi, per quanto la gestione dei servizi e la loro titolarità restino in capo agli Enti locali: **la programmazione dei servizi educativi per la prima infanzia è di competenza regionale, mentre Comuni e ATS (Ambiti Territoriali Sociali) hanno le funzioni gestionali.**

Per avere un quadro della situazione dei servizi all'infanzia si può ricorrere ai dati raccolti annualmente dall'Istat con la rilevazione presso i Comuni e gli ATS circa i servizi offerti. I dati raccolti sono quindi a livello di singolo Comune (o ATS) e danno informazioni circa le singole unità di offerta attive sul territorio (servizi), la loro natura giuridica, la tipologia di servizio, il numero di posti autorizzati al funzionamento.

I dati relativi ai servizi sul territorio evidenziano per **il 2024 un'offerta complessiva di oltre 388 mila posti autorizzati, includendo, oltre ai nidi, le sezioni primavera** (che accolgono solo bambine e bambini tra i 24 e i 36 mesi di età, di fatto un passaggio intermedio tra il nido e la scuola dell'infanzia) **e i servizi integrativi per la prima infanzia**. Ciò comporterebbe, secondo le nostre valutazioni[15], una **copertura complessiva, sulla popolazione di bambini sotto i tre anni di età, pari**

[13] L'obiettivo può essere perseguito con scala sovracomunale, attraverso gestione associata, convenzioni o strutture collocate in un Comune ma accessibili ai residenti dei Comuni del bacino.

[14] Si rimanda a Finanza Locale Monitor di gennaio 2024.

[15] Al momento, i dati disponibili nel datawarehouse di Istat coprono il 2024, ma l'ultimo comunicato, relativo all'anno educativo 2023/24 e pubblicato nel febbraio 2026, ha diffuso un tasso di copertura del 31,6% (ovvero, il dato del 2023). Utilizzando i dati già disponibili, è però possibile calcolare una copertura più aggiornata, per quanto non ufficiale.

al 33,2% a livello nazionale[16], con un aumento del tasso di 1,6 punti percentuali rispetto a quanto osservato nel 2023, quando si attestava a 31,6%.

I servizi attivi risultano oltre 15 mila, di cui il 67% nidi; il restante terzo è composto prevalentemente da sezioni primavera[17] (20%), mentre il peso dei servizi integrativi[18] è inferiore ma non trascurabile (13%). In termini di posti, però, la rilevanza dei nidi è molto maggiore, fornendo essi più di 8 posti su 10 offerti complessivamente. Questo perché il numero medio di posti offerti dai nidi (31) è superiore a quello delle sezioni primavera (16,8 posti in media) e, soprattutto, ai servizi integrativi (12,6).

Qualche dato di sintesi sui servizi per la prima infanzia (dati 2024)

	Totale	di cui: nidi	Sezioni primavera	Servizi integrativi
Servizi attivi	15.049	10.070	3.024	1.955
Posti autorizzati	388.251	312.807	50.768	24.676
Posti autorizzati per 100 bambini	33,2	26,7	4,3	2,1

Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

I dati sulla copertura suggeriscono alcune riflessioni. **La prima è che l'obiettivo del 33% del Piano strutturale di bilancio risulta conseguito in anticipo sulla scadenza del 2027**: nell'anno educativo 2024/2025 i posti autorizzati sono 33,2 ogni 100 bambini sotto i tre anni[19], e nessuna Regione scende sotto la soglia del 15% prevista come minimo. Peccato che quel traguardo, fissato dal Consiglio europeo di Barcellona nel 2002, fosse formulato in riferimento al 2010**: l'Italia lo raggiunge con quattordici anni di ritardo**. Nel frattempo, l'Unione ha alzato l'asticella al 45% entro il 2030, con un obiettivo specifico del 41,7% per l'Italia, misurato però sulla frequenza effettiva anziché sui posti disponibili.

Un'altra riflessione riguarda i contributi delle diverse tipologie al raggiungimento della soglia del 33%. I soli nidi (che includono anche i nidi aziendali) offrono complessivamente meno di 27 posti per 100 bambini sotto i tre anni: in altre parole, **se ci fossero solo i nidi il traguardo non sarebbe stato ancora raggiunto.** La differenza la fanno le sezioni primavera (4,3% di copertura) e i servizi integrativi (2,1%). Se si considerasse il perimetro valido per i LEP (nidi e micronidi), la soglia non sarebbe raggiunta a livello nazionale.

Un altro elemento da considerare è sulla dinamica. Tra il 2019 (anno pre-pandemia e pre-PNRR) e il 2024 il tasso di copertura è cresciuto di oltre 6 punti percentuali. Tale aumento è da ricondurre da una parte al rafforzamento dell'offerta di servizi: i posti autorizzati sono cresciuti del 7% nello stesso periodo, pari a quasi 27mila posti in più. Nello stesso tempo, però, per effetto delle tendenze demografiche in atto (in particolare, per il calo della natalità) le coorti di bambini sotto i tre anni si sono via via ridotte, con una diminuzione del 12,5% (oltre 169 mila bambini in meno). **L'aumento della copertura (6,1 punti) è di fatto in buona misura (4,1 punti) spiegato dalla demografia**: a popolazione invariata 2019, l'aumento dei posti avrebbe consentito un incremento di soli 2 punti percentuali, dal 27,1% al 29%. Il rafforzamento dei servizi c'è quindi stato, ma il suo impatto risulta inferiore a quello demografico, e non avrebbe consentito di raggiungere la soglia.

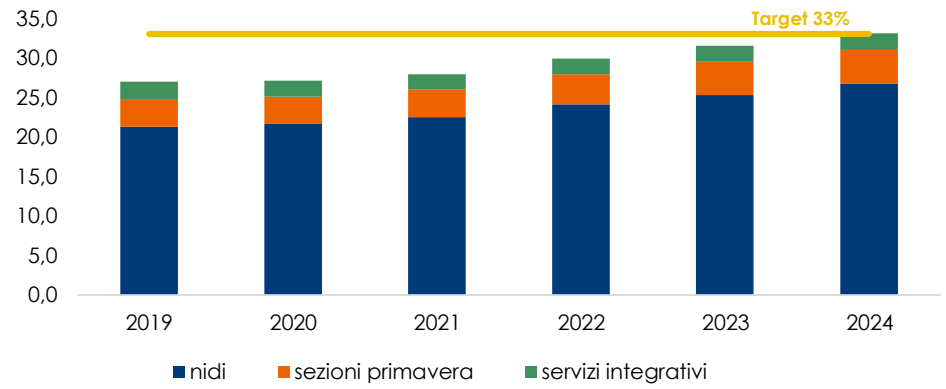
[16] Calcolato sulla media biennale della popolazione.

[17] Servizio educativo per bambini di età compresa tra i 24 e i 36 mesi aggregato alle strutture delle scuole di infanzia e dei nidi di infanzia.

[18] Comprendono i servizi educativi realizzati in contesto domiciliare (ad esempio i servizi di "Tagesmutter" o Nidi famiglia), gli Spazi gioco e i Centri bambini-genitori.

[19] Va specificato però che l'obiettivo risulta centrato solo se vengono considerate tutte le tipologie di servizi alla prima infanzia (nidi, sezioni primavera e servizi integrativi). Restringendo al perimetro nidi e sezioni primavera, il tasso di copertura scende al 31,1%.

Copertura dei servizi per l'infanzia in Italia (posti autorizzati per 100 bambini 0-2 anni)

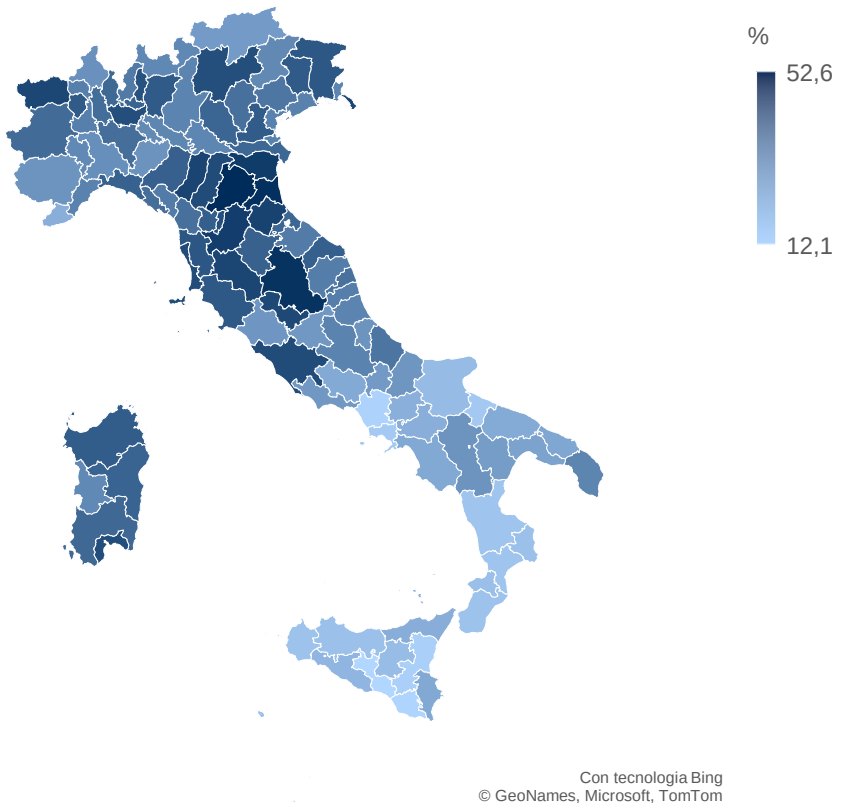


Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Al di là del dato medio... la grande eterogeneità territoriale

Se a livello nazionale la soglia del 33% di copertura dei servizi per l'infanzia rispetto alla popolazione dei bambini fino a tre anni sembra essere stata raggiunta, il quadro appare molto più sfaccettato quando si scende a livelli di analisi territoriali. Non è peraltro un elemento particolarmente sorprendente, in un paese come l'Italia caratterizzato da un'elevata eterogeneità territoriale in moltissimi ambiti, e non lo è maggiormente nel contesto dei servizi all'infanzia, dove il coordinamento nazionale è tutto sommato recente e dove invece tradizionalmente l'offerta è stata molto frammentata e diversificata tra i territori.

Copertura dei servizi per l'infanzia - Livello provinciale (posti autorizzati per 100 bambini 0-2 anni, 2024)



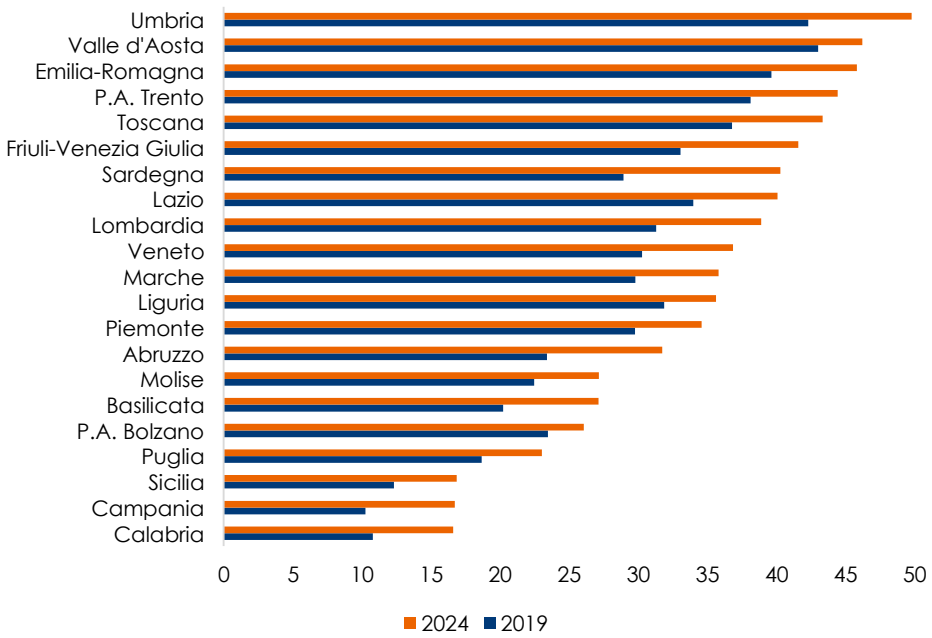
Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Come si può vedere dal grafico soprastante, **ci sono zone d'Italia caratterizzate da una copertura mediamente elevata e anche superiore al benchmark europeo del 45%:** guardando i dati a livello provinciale, si osservano coperture superiori al 45% in ben 13 Province, tra le quali la maggioranza delle Province emiliano-romagnole (Bologna, 52,6% è la Provincia dove la copertura è più elevata, seguita da Ravenna, Ferrara, Forlì-Cesena, Reggio Emilia e Modena) così come alcune Province del Centro (Perugia, 51,1%, Firenze, Siena, Terni e Roma al 45,1%), oltre a Trieste e Aosta. Poco sotto la soglia del 45% sono Milano, Cagliari, Prato, Livorno e Trento.

Al contrario, **ci sono territori dove il tasso di copertura è ancora estremamente basso, al di sotto del 20%**: si tratta di Province meridionali, localizzate soprattutto in Sicilia (dove solo nelle Province di Messina e Siracusa la copertura ha superato il 20%), Calabria, Campania e qualche Provincia pugliese (Barletta-Andria-Trani e Foggia). In particolare, nelle Province di Caserta, Caltanissetta, Catania e Ragusa la copertura dei servizi all'infanzia non raggiungeva i 15 posti su 100 bambini ancora nel 2024.

Si evidenziano così delle differenze tra territori molto ampie, con quelli dove i servizi sono maggiormente sviluppati che offrono tassi di copertura pari a oltre quattro volte quelli dove i servizi sono invece arretrati. **Le differenze sono soprattutto sul consueto gradiente Nord-Sud, ma non lo sono esclusivamente.** In altre parole, all'interno della stessa ripartizione si osservano disuguaglianze altrettanto ampie rispetto a quelle che si riscontrano tra ripartizioni, anche solo a livello regionale. Ad esempio, al Nord (dove la copertura media nel 2024 era del 38,9%) **Emilia-Romagna e Valle d'Aosta presentano tassi di copertura superiori al benchmark europeo del 45%, mentre nella P.A. di Bolzano la copertura si attesta attorno al 26%, con circa 20 punti percentuali di scarto tra il valore massimo e il minimo della ripartizione.** Eterogeneità simile si riscontra al Sud, che registra di tassi di copertura mediamente bassi (20,5%), ma presenta sia casi di coperture estremamente modeste (Calabria, Sicilia e Campania, tutte con tassi di copertura inferiori al 17%) che Regioni dove invece il tasso di copertura si avvicina o addirittura supera il 30% (Abruzzo, Basilicata, Molise), così come il caso della Sardegna che ha tassi di copertura quasi "europei" (40,3% nel 2024).

Copertura dei servizi per l'infanzia in Italia – Livello regionale (posti autorizzati per 100 bambini 0-2 anni)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Una prima analisi suggerisce così che vi sia un'eterogeneità elevata, che supera quella lungo il consueto divario Nord- Sud. Per approfondire meglio la questione è possibile fare ricorso alla granularità dei dati della rilevazione Istat, che permettono di scendere fino al dettaglio comunale.

Le dimensioni del divario

Benché le differenze tra le Regioni appaiano elevate, ci sono anche altri gradienti lungo i quali leggere il divario nel servizio, legati alle caratteristiche dei singoli Comuni. In particolare, una dimensione non trascurabile è quella connessa all'appartenenza o meno alle **Aree Interne**, secondo la classificazione più recente della programmazione 2021-2027 della SNAI[20].

Mediamente, infatti, **la copertura registrata nei Comuni classificati come Periferia[21] è più bassa di quasi 9 punti percentuali rispetto a quella dei Comuni classificati come Centro**[22] (26,5% contro 35,1%). La differenza è ancora più ampia se si considerano i Comuni Ultraperiferici e quelli Polo, tra i quali lo scarto nella copertura dei servizi è di circa 17 punti.

D'altra parte, i Comuni Aree interne sono caratterizzati da un'età media più elevata, per effetto dello spopolamento che sta interessando soprattutto i più periferici. Va comunque considerato che nel 2024 un bambino su cinque al di sotto dei tre anni (il 22%) risiedeva nella c.d. Periferia, espressione quindi di un bisogno da non trascurare. La copertura, per quanto più bassa, tra il 2019 e il 2024 è aumentata soprattutto nei Comuni Periferici e Ultraperiferici, limando così lo scarto rispetto al Centro; ciò è stato possibile non solo per effetto della riduzione dei bambini (effetto demografia) - che ha interessato però anche i Comuni Centro (e in misura maggiore) - ma anche grazie all'incremento dei posti, il cui contributo è stato lievemente maggiore in Periferia.

Ci sono d'altronde 2.136 Comuni classificati Periferia che, secondo la rilevazione Istat, non hanno un'offerta localizzata di servizi alla prima infanzia[23] nonostante siano presenti bambini nel Comune. I bambini che risultano risiedere in Comuni senza posti sono oltre 94 mila, di cui più della metà residenti in Periferia. Il fenomeno di bambini residenti dove i posti autorizzati sono nulli è più frequente d'altronde nei Comuni Periferia, dove interessa il 19% dei bambini (nei Comuni Centro solo il 4,8%).

Correlata al carattere Centro-Periferia è la **dimensione comunale**: i Comuni periferici sono infatti mediamente più piccoli (meno di 3.500 abitanti in media). I Comuni più piccoli, fino a 2.000 abitanti, evidenziano tassi di copertura modesti (mediamente attorno al 22%), perché fanno più fatica a offrire servizi per la prima infanzia; per circa 8 Comuni su 10, tra quelli molto piccoli, non sono rilevati posti autorizzati. Oltre alle infrastrutture, è difatti necessario personale specializzato (spesso anche di difficile reperimento[24]), comportando dei costi fissi che non rendono economicamente sostenibile l'offerta del servizio per Comuni molto piccoli e con pochi bambini.

---

[20] Si rimanda a Finanza Locale Monitor di luglio 2025 per un approfondimento sul tema delle Aree Interne.

[21] Classe che aggrega i Comuni Aree Interne, ovvero classificati come Intermedio, Periferico o Ultraperiferico secondo la SNAI.

[22] Classe che aggrega i Comuni classificati come Polo, Polo intercomunale e Cintura.

[23] Ovvero, con posti autorizzati pari a zero.

[24] Nell'ultima comunicazione Istat (2025) si è accennato a rilevazioni di approfondimento riguardanti le difficoltà di reperimento del personale educativo: l'80% dei nidi e delle sezioni primavera ha avuto necessità di assumere nuovo personale nei due anni antecedenti il 2023/24. Tra questi, la maggior parte ha incontrato grosse difficoltà di reperimento e nel 40% dei casi le difficoltà sono definite gravi o gravissime.

La copertura tende a essere più bassa nei Comuni più poveri (appartenenti a quintili inferiori per quanto riguarda il reddito imponibile) **e dove l'occupazione è più bassa**. Naturalmente è difficile distinguere causa ed effetto. Dove i servizi all'infanzia sono più presenti è più facile per i genitori conciliare lavoro e cura dei bambini e quindi l'occupazione è più elevata: d'altra parte, Comuni dove il tasso di occupazione è maggiore hanno anche livelli reddituali più elevati, spazi di bilancio più ampi e quindi maggiore capacità di spesa.

Alcune dimensioni del divario nella copertura

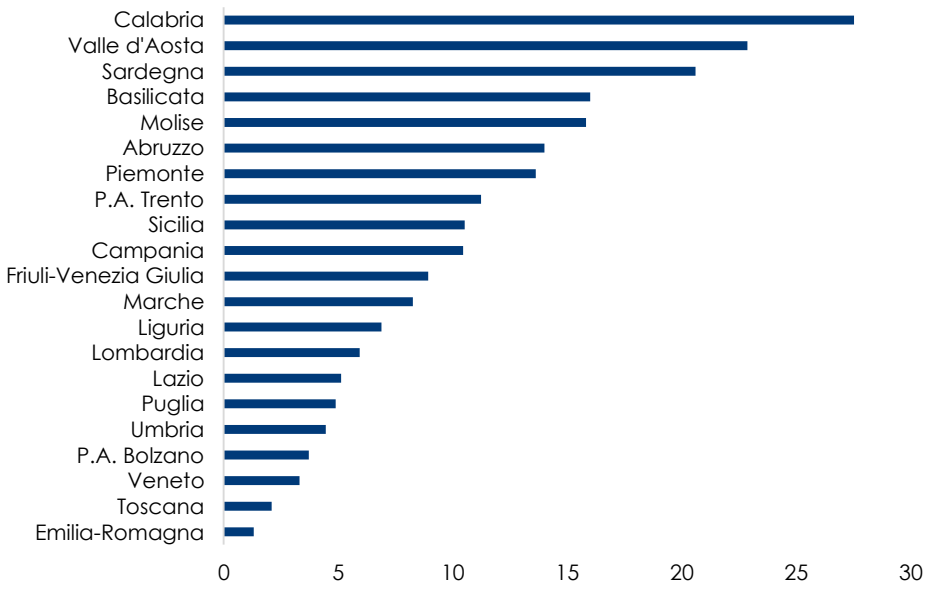
	Posti autorizzati per 100 bambini	% Comuni senza posti autorizzati
Centro-Periferia		
A - Polo	40,3	0,0
B - Polo intercomunale	30,8	1,7
C - Cintura	31,0	35,5
D - Intermedio	27,0	53,4
E - Periferico	26,2	61,0
F - Ultraperiferico	23,4	67,0
Dimensione (numero abitanti)		
fino a 500	12,0	96,8
501-2.000	22,2	74,2
2.001-10.000	31,4	22,5
10.001-20.000	30,2	3,3
20.001-100.000	30,4	0,4
oltre 100.000	41,5	0,0
Quintili di reddito imponibile		
1 più basso	16,2	67,6
2	21,2	54,6
3	28,1	48,2
4	32,8	34,7
5 più alto	43,8	20,9

Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Va d'altronde evidenziato che la rilevazione sui "posti autorizzati" raccoglie informazioni circa la dotazione fisica di posti delle strutture localizzate nel Comune, pubbliche e private. La scarsa presenza, se non addirittura l'assenza, di strutture in alcune tipologie di Comuni è dovuta non solo alla difficoltà del Comune a organizzare strutture in assenza di un bacino minimo di bambini, ma anche alla scarsa attrattività e convenienza per le iniziative private in quei territori. **Ciò non esclude, però, che i residenti abbiano accesso a servizi localizzati in altri Comuni, grazie ad accordi, associazioni o forme di offerta sovracomunali** (es. tramite gli Ambiti Territoriali Sociali, ATS).

Il fenomeno di bambini residenti in Comuni privi di posti autorizzati non è omogeneo tra le Regioni (al di là della maggiore incidenza nelle Periferie): se in alcune Regioni, come Emilia-Romagna, Toscana o Veneto, interessa meno del 3,5% dei bambini, in altre come Sardegna, Valle d'Aosta o Calabria interessa invece più di un bambino su cinque. Va rilevato che, ad eccezione della Calabria, queste ultime Regioni sono caratterizzate da un'elevata copertura complessiva: parrebbe quindi che l'offerta sia molto concentrata in alcuni Comuni (e probabilmente risulta ricettiva anche per bambini non residenti).

Bambini residenti in Comuni senza posti autorizzati (% popolazione residente 0-2 anni, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Chi offre il servizio ...

I dati Istat consentono di raccogliere ulteriori informazioni, in particolare riguardanti l'offerta garantita dai Comuni, la spesa sostenuta, gli utenti dei servizi e le modalità di gestione degli stessi. Se i dati sui posti autorizzati, con cui si è valutata la copertura, misurano la dotazione fisica di posti nelle strutture localizzate nei Comuni, con quelli circa i servizi offerti si possono ricostruire le modalità di gestione prevalenti e le eventuali differenze tra tipologie diverse di Comuni.

Nel complesso, si osserva come tra il 2019 e il 2024 il numero di posti autorizzati sia cresciuto nei nidi (+9,9%) e, soprattutto, nelle sezioni primavera (+11,3%), mentre si rileva una contrazione marcata dei posti nei servizi integrativi (-20,8%).

Un numero non trascurabile di Comuni non ha posti autorizzati, ma risulta avere utenti dei diversi servizi: questo perché i dati sui servizi offerti tengono conto dell'attività degli ATS o di altri enti associativi, la cui offerta in termini di utenti e spese viene ripartita tra i Comuni appartenenti all'ente in proporzione alla popolazione 0-2 anni residente[25]. Si tratta di 1.264 Comuni, con un'incidenza piuttosto elevata (il 18%) tra quelli Periferici. Ciò consente di smussare il quadro tratteggiato in precedenza sulla base della sola copertura fisica (posti autorizzati in loco). **Circa un Comune Periferico su sei, pur non avendo posti autorizzati localizzati sul suo territorio, ha degli utenti dei servizi per l'infanzia, grazie a forme di associazione.** Specularmente, 697 Comuni (prevalentemente di Cintura) hanno posti ma non utenti residenti; l'incidenza risulta elevata anche tra gli Intermedi.

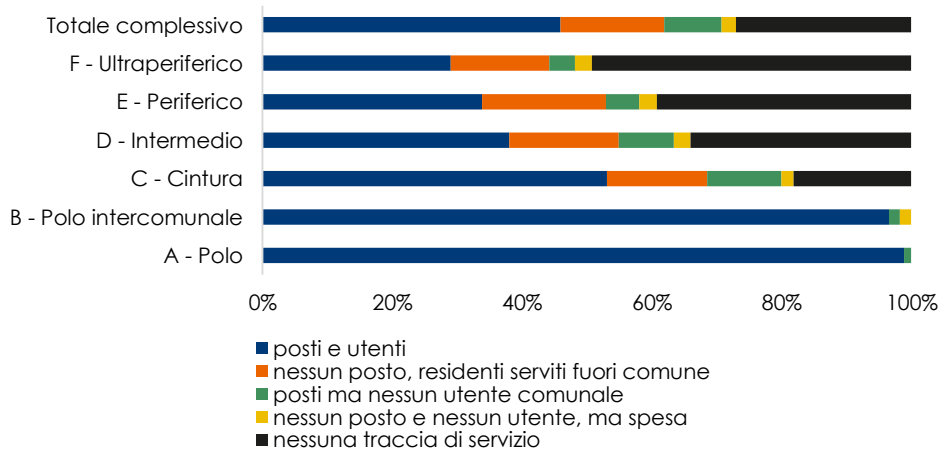
In generale, quindi, la relativa maggior diffusione di queste diverse fattispecie (no posti ma utenti serviti oppure no utenti ma posti presenti) nella Cintura, nei Comuni Intermedi e, in generale, nelle

[25] Istat sottolinea però che le procedure di ripartizione degli utenti non tengono conto delle convenzioni meno strutturate che possono esserci tra due Comuni. Può quindi essere che un Comune sia senza utenti pur garantendo il proprio servizio tramite un altro Comune.

Aree Interne suggerisce una certa **frequenza di forme associazionistiche per la fornitura dei servizi per l'infanzia in grado di coinvolgere anche i Comuni più periferici e piccoli.**

Ci sono anche Comuni (precisamente 174) che non indicano posti autorizzati sul territorio né utenti nei servizi in capo ai Comuni (anche pro-quota), ma hanno una spesa non nulla per i servizi all'infanzia. Questo perché alcuni Comuni si limitano a versare dei contributi alle famiglie a rimborso delle rette, altri versano a favore di servizi privati[26] contributi pubblici a parziale copertura dei costi di gestione, finalizzati a contenere l'importo delle rette per i servizi resi ai residenti.

Tipologia di offerta di servizi per l'infanzia: distribuzione per Comuni (distribuzione nei singoli Comuni, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Le Regioni dove è più frequente che i Comuni abbiano sia posti localizzati nel proprio territorio che utenti residenti sono la P.A. di Bolzano, l'Emilia-Romagna e la Toscana, dove all'incirca l'80% dei Comuni (o anche di più) presentano questa fattispecie principale di fornitura del servizio (mediamente, la fattispecie interessa quasi un Comune su 2 a livello nazionale). Si tratta della modalità più utilizzata soprattutto dai Comuni più grandi, in particolare nei Poli. All'opposto, in Calabria e Piemonte meno di un quarto dei Comuni ha posti localizzati per utenti residenti.

L'assenza di servizi sul territorio, ma con la domanda soddisfatta grazie all'offerta di altri Comuni con cui si risulta associati, interessa complessivamente il 16% dei Comuni, ma risulta molto più frequente in Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Campania, dove è una modalità di soddisfazione della domanda utilizzata da più di un Comune su 3 (uno su 2 in Valle d'Aosta, Regione caratterizzata da Comuni piccoli e poco popolati). Tra le Aree Interne, quasi il 18% dei Comuni adotta questa soluzione (che risulta invece assente nei Poli). Tale modalità risulta pochissimo utilizzata in Molise, Basilicata, Sicilia e Toscana (meno del 5% dei Comuni vi ricorre).

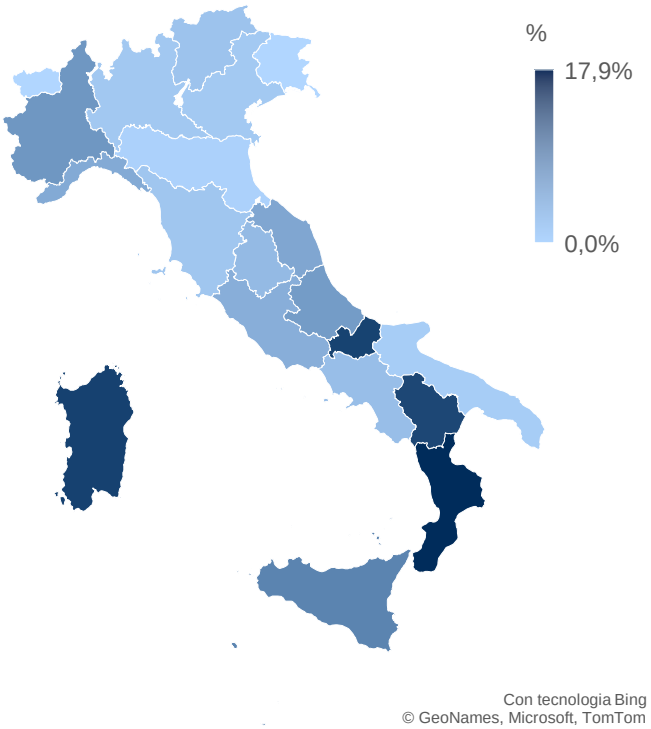
La presenza di posti sul territorio comunale, pur in assenza di utenti residenti, interessa il 9% dei Comuni a livello nazionale, con (come si è visto) una particolare concentrazione in quelli classificati come Cintura. Frequenze particolarmente elevate si riscontrano in Veneto, Umbria e Basilicata.

Per oltre un quarto dei Comuni (il 27%), però, non c'è traccia di servizi per l'infanzia dalla rilevazione 2024: non risultano posti autorizzati sul territorio, né utenti residenti, né spesa comunale.

[26] Se i servizi privati non hanno riserva di posti (ovvero, non ci sono convenzioni) nelle statistiche non risultano utenti in capo ai Comuni, ma compare la spesa.

Si tratta di ben 2.127 Comuni, in cui risiedono complessivamente quasi 48 mila bambini fino a 3 anni (il 4% della popolazione in esame). A livello territoriale, la quota di popolazione teoricamente esclusa dai servizi (residente cioè in Comuni senza traccia di servizi)[27] raggiunge livelli elevati (superiori al 10%) in Calabria, Basilicata, Molise e Sardegna.

Quota popolazione teoricamente esclusa* (in % della popolazione 0-2 anni della Regione, 2024)



Nota: * Bambini 0-2 anni residenti in Comuni dove non c'è traccia di servizi per l'infanzia (no posti autorizzati, no utenti, no spesa). Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

.. e come è strutturato

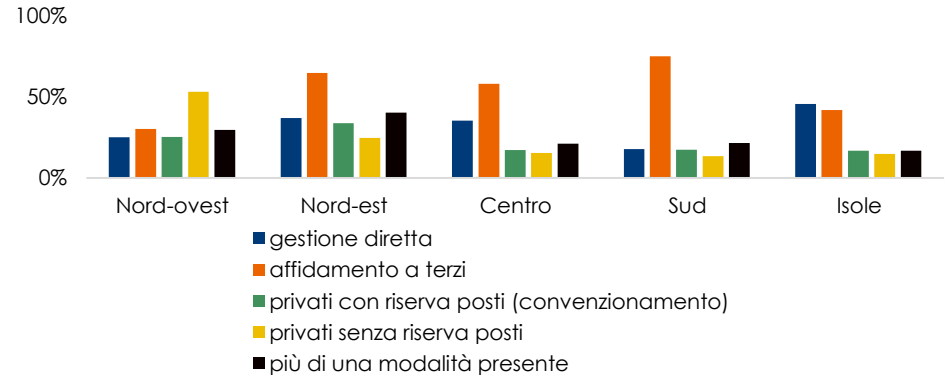
Tra i Comuni che offrono un servizio alla prima infanzia, il **29% lo fa con servizi a gestione diretta** (impiegando quindi il proprio personale), mentre la modalità prevalente, per oltre la metà dei Comuni (**il 52%**) è **l'affidamento dei servizi in gestione a terzi** (il Comune mantiene la titolarità del servizio e al gestore sono demandati i compiti operativi e di titolarità organizzativa, nel rispetto dei requisiti qualitativi richiesti). I Comuni dove sono presenti servizi privati con riserva di posti (ovvero, con l'esistenza di convenzionamento con i Comuni, finalizzato a mettere a disposizione un certo numero di posti per i quali parte della quota è pagata dai Comuni per i propri residenti) sono il 24% del totale, mentre nel 31% dei Comuni ci sono servizi di cui è titolare un privato, e non c'è riserva di posti (ovvero, non c'è convenzionamento). In circa il 28% dei Comuni, inoltre, è presente più di una modalità di gestione dei servizi.

Le modalità di gestione cambiano nei diversi contesti: la gestione diretta è maggiormente diffusa in alcune Regioni del Nord Est (Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna, dove è presente in oltre il 40% dei Comuni che offrono servizi), in Sicilia (51% dei Comuni) e soprattutto nella P.A. di Bolzano, dove la quasi totalità (il 97%) dei Comuni con offerta di servizi all'infanzia lo fa con

[27] Non è detto che, nella pratica, questi bambini non usufruiscano di servizi forniti da enti privati ma localizzati in Comuni diversi da quelli di residenza e per i quali non ricevano alcun tipo di contributo pubblico.

gestione diretta. È inoltre più diffusa nei Comuni più grandi e nei Poli. Al contrario, appare una modalità residuale nei Comuni più piccoli (dei quali, va ricordato, molti non offrono nemmeno il servizio) e al Sud. Molto più comune è la modalità di gestione demandata a terzi[28], in particolare nel Mezzogiorno.

Comuni per modalità di gestione dei servizi per l'infanzia (in % dei Comuni con servizi nel territorio, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Guardando alla distribuzione delle unità di offerta (ovvero gli oltre 15 mila singoli servizi presenti nei territori), emerge come queste siano **in maggioranza a gestione privata**. I Comuni risultano titolari solo del 33% delle unità di offerta: relativamente al restante 67% dei servizi, a titolarità privata, intrattengono rapporti di convenzionamento con circa la metà. I Comuni e le loro forme associative, come sottolinea Istat, esercitano così, attraverso la spesa corrente, una funzione duplice: garantiscono un'offerta pubblica accessibile, con tariffe graduate secondo la situazione economica delle famiglie e, al tempo stesso, sostengono i servizi privati mediante sovvenzioni, convenzionamenti e contributi economici alle famiglie dei bambini iscritti.

Tra i nidi è maggiore la quota di servizi a titolarità pubblica (il 40%). La quota della presenza pubblica è lievemente più alta nei Comuni più piccoli o periferici: questo riflette probabilmente la scarsa presenza (se non addirittura l'assenza) di servizi privati, che trovano ostacoli di convenienza economica a operare in territori dove gli utenti sono pochi e dove, quindi, è solo il settore pubblico a garantire, quando lo fa, i servizi all'infanzia.

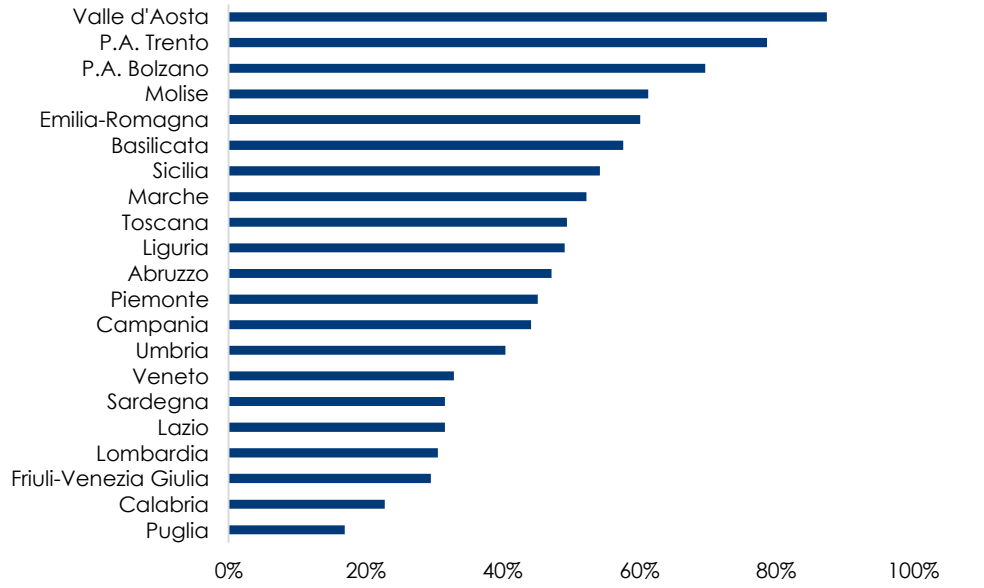
Ci sono inoltre le consuete differenze geografiche, che riflettono anche tradizioni diverse. L'offerta pubblica appare maggioritaria nelle P.A. di Trento e Bolzano (rispettivamente al 79% e al 70% per le unità di offerta di servizio nido presenti), in Valle d'Aosta (88%), in Emilia-Romagna (60%) ma anche Molise, Basilicata, Sicilia e Marche, dove supera il 50%.

In un recente report[29], Istat e Ca' Foscari evidenziano **come l'offerta pubblica di servizi per la prima infanzia si stia gradualmente spostando verso modalità di gestione meno onerose per le Amministrazioni**, a causa probabilmente delle difficoltà dei singoli Enti a sostenere i costi di funzionamento con proprio personale, avvalendosi quindi sempre più frequentemente di affidamenti a terzi della gestione dei servizi.

[28] Le modalità di gestione non sono alternative, ma possono essere contemporaneamente presenti nello stesso Comune.

[29] Istat/Ca' Foscari, I servizi educativi per l'infanzia in Italia, Dalla pandemia al PNRR: trasformazioni e sfide dei servizi educativi per l'infanzia, Anno 2023/2024, maggio 2025.

Quota di nidi pubblici (% servizi attivi, unità di offerta, settore pubblico su totale servizi, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Spendere meno, offrire diverso: la spesa per l'infanzia divide il Paese

Dal punto di vista della spesa sostenuta, un Comune su tre riporta una spesa pari a zero; tale quota è più elevata nei Comuni Ultraperiferici (dove l'assenza di spesa per servizi all'infanzia riguarda più di un Comune su due) e nel Mezzogiorno (in particolare, nelle Isole). Complessivamente, **la spesa per i servizi all'infanzia nel 2024 ammontava, sulla base delle informazioni raccolte nella rilevazione, a 1,8 miliardi di euro, di cui circa 1,5 miliardi risultavano a carico dei Comuni mentre i restanti 370 milioni erano a carico degli utenti**, come compartecipazione alle spese. La maggior parte della spesa comunale (poco meno di 1,4 miliardi di euro) era per i nidi, mentre per gli altri servizi (sezioni primavera e servizi integrativi) le uscite risultavano residuali, pari a 53 milioni e 37 milioni di euro rispettivamente.

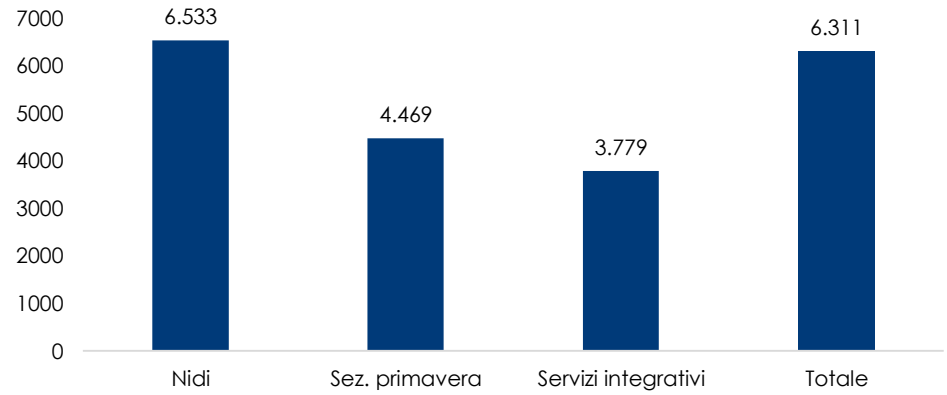
In media, ogni Comune spende oltre 186 mila euro all'anno per i servizi per l'infanzia. Tale dato medio, però, nasconde (come già segnalato in precedenza) una elevata variabilità. Innanzitutto, di dimensioni: i Comuni grandi (oltre i 100 mila abitanti) hanno spese rilevanti (in media, oltre 15 milioni di euro all'anno), mentre quelli più piccoli (fino a 1.000 abitanti) spendono poco più di 4.400 euro all'anno. Come è stato ricordato, tuttavia, un numero non trascurabile di Comuni, soprattutto piccoli, nella rilevazione riporta una spesa nulla: escludendo questi ultimi - e restringendo quindi l'analisi al solo insieme dei Comuni con spesa positiva - si ottiene una spesa media ovviamente più elevata (oltre 278 mila euro all'anno), soprattutto per i Comuni più piccoli (quelli tra i quali è più frequente avere spesa nulla), la cui spesa media sale a circa 12 mila euro all'anno.

In termini pro-capite, utilizzando sempre il sottocampione dei Comuni con spesa non nulla, **la spesa media per utente è di poco più di 6.300 euro all'anno**. Il risultato è però diverso a seconda dei servizi: **se per il nido si tratta di oltre 6.500 euro all'anno per utente, per le sezioni primavera la spesa dei Comuni è più bassa, circa 4.500 euro all'anno**. Il minor costo delle sezioni primavera spiega perché in alcune realtà si stia spingendo soprattutto su questa tipologia di servizio, per

quanto meno adeguato alle esigenze specifiche dei bambini più piccoli[30]; nel Mezzogiorno, in particolare, si osserva una maggior incidenza delle sezioni primavera, che accolgono il 10% degli utenti (contro una media del 4% nel Centro-Nord).

Ancora più contenuta è la spesa comunale per i servizi integrativi, mediamente pari a meno di 3.800 euro all'anno: d'altra parte, si tratta di servizi meno strutturati dei nidi (orari ridotti, frequenza parziale e, nei centri per bambini e famiglie, presenza dell'adulto accompagnatore).

Spesa media comunale per utente, tipologia di servizio (euro per utente, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Le differenze nel tipo di gestione comportano inoltre divari non trascurabili nei livelli di spesa media per utente. Nella tavola che segue riportiamo la spesa per utente per i singoli servizi (così da evitare effetti di composizione delle diverse modalità di gestione nel calcolo del costo medio): come si evince dai numeri, **se nel caso di gestione diretta i Comuni spendono mediamente 9.252 euro per utente del nido, il livello medio di spesa si riduce del 40% nell'ipotesi di gestione affidata a terzi** (5.544 euro per utente). Ancora più bassa la spesa comunale nel caso dei servizi privati: per le convenzioni (gestione privata con riserva di posti) mediamente la spesa per utente è di 4.357 euro. Con riferimento ai contributi erogati direttamente alle famiglie per la frequenza di nidi privati o di altri Comuni del territorio, i Comuni affrontano mediamente una spesa di 2.931 euro all'anno per utente.

Tali differenze si osservano anche per le altre tipologie di servizi (sezioni primavera e servizi integrativi) e contribuiscono a spiegare perché si stia progressivamente osservando uno spostamento verso l'affidamento a terzi, o le convenzioni con il privato.

La spesa media comunale per utente varia molto a seconda del servizio e della gestione (2024)

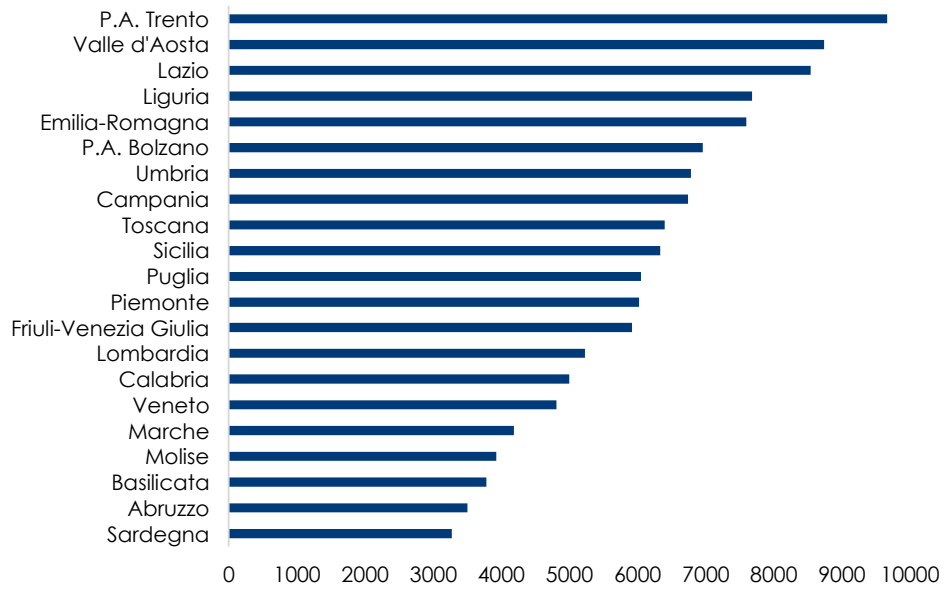
	Gestione diretta	Comunale affidata a terzi	Privata con riserva posti (convenzioni)	Contributi diretti alle famiglie	Totale gestioni
Nidi	9.252	5.544	4.357	2.931	6.533
Sez. primavera	7.795	4.009	1.727	2.400	4.469
Servizi integrativi	3.849	2.448	6.108	2.749	3.779
Totale servizi	9.043	5.369	4.181	2.877	6.311

Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

[30] Le sezioni primavera coinvolgono esclusivamente i bambini dai 24 mesi, non quelli più piccoli, con un'impostazione più simile a quella della scuola per l'infanzia e con un rapporto educatore/bambini più basso; non coprono la giornata ma solo alcune ore.

Naturalmente, le differenze rilevate tra i territori nei tipi di servizi offerti si riverberano anche nella spesa media sostenuta dai Comuni. A presentare livelli di spesa superiori alla media nazionale (6.311 euro all'anno) sono soprattutto le Regioni del Nord e del Centro, ma con alcune eccezioni. In Lombardia, per i servizi alla prima infanzia i Comuni spendono in media il 17% in meno della media nazionale, in Veneto il 24%. Anche Piemonte e Friuli-Venezia Giulia riportano livelli medi di spesa inferiori alla media nazionale. Se nel caso lombardo e in quello veneto ciò può essere attribuito ad una maggior frequenza di utenti accolti nelle sezioni primavera e nei servizi integrativi, nel caso friulano la spiegazione è probabilmente nella maggiore diffusione di servizi privati non convenzionati, per i quali le famiglie ricevono direttamente contributi. Le Regioni del Mezzogiorno presentano livelli medi di spesa comunale decisamente inferiori a quelli nazionali (ad eccezione di Campania e Sicilia); come già evidenziato, in questi territori è maggiore il ricorso a tipologie di servizio meno onerose (sezioni primavera e servizi integrativi), e si registra un peso più elevato dei servizi privati e della gestione affidata a terzi.

Spesa media dei Comuni per utente (euro per utente, 2024)



Fonte: elaborazioni REF su dati Istat

Importanti comunicazioni

Gli economisti che hanno redatto il presente documento dichiarano che le opinioni, previsioni o stime contenute nel documento stesso sono il risultato di un autonomo e soggettivo apprezzamento dei dati, degli elementi e delle informazioni acquisite e che nessuna parte del proprio compenso è stata, è o sarà, direttamente o indirettamente, collegata alle opinioni espresse.

La presente pubblicazione è stata redatta da Intesa Sanpaolo SpA. Le informazioni qui contenute sono state ricavate da fonti ritenute da Intesa Sanpaolo SpA affidabili, ma non sono necessariamente complete, e l'accuratezza delle stesse non può essere in alcun modo garantita. La presente pubblicazione viene a Voi fornita per meri fini di informazione ed illustrazione, ed a titolo meramente indicativo, non costituendo pertanto la stessa in alcun modo una proposta di conclusione di contratto o una sollecitazione all'acquisto o alla vendita di qualsiasi strumento finanziario. Il documento può essere riprodotto in tutto o in parte solo citando il nome Intesa Sanpaolo SpA.

La presente pubblicazione non si propone di sostituire il giudizio personale dei soggetti ai quali si rivolge. Intesa Sanpaolo SpA e le rispettive controllate e/o qualsiasi altro soggetto ad esse collegato hanno la facoltà di agire in base a/ovvero di servirsi di qualsiasi materiale sopra esposto e/o di qualsiasi informazione a cui tale materiale si ispira prima che lo stesso venga pubblicato e messo a disposizione della clientela.

Comunicazione dei potenziali conflitti di interesse

Intesa Sanpaolo SpA e le altre società del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo (di seguito anche solo "Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo") si sono dotate del "Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231" (disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo, all'indirizzo: https://group.intesasanpaolo.com/it/governance/dlgs-231-2001) che, in conformità alle normative italiane vigenti ed alle migliori pratiche internazionali, include, tra le altre, misure organizzative e procedurali per la gestione delle informazioni privilegiate e dei conflitti di interesse, ivi compresi adeguati meccanismi di separatezza organizzativa, noti come Barriere informative, atti a prevenire un utilizzo illecito di dette informazioni nonché a evitare che gli eventuali conflitti di interesse che possono insorgere, vista la vasta gamma di attività svolte dal Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo, incidano negativamente sugli interessi della clientela.

In particolare, le misure poste in essere per la gestione dei conflitti di interesse tra il Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo e gli Emittenti di strumenti finanziari, ivi incluse le società del loro gruppo, nella produzione di documenti da parte degli economisti di Intesa Sanpaolo SpA sono disponibili nelle "Regole per Studi e Ricerche" e nell'estratto del "Modello aziendale per la gestione delle informazioni privilegiate e dei conflitti di interesse", pubblicato sul sito internet di Intesa Sanpaolo SpA all'indirizzo https://group.intesasanpaolo.com/it/research/RegulatoryDisclosures.

Inoltre, in conformità con i suddetti regolamenti, le disclosure sugli interessi e sui conflitti di interesse del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo sono disponibili all'indirizzo https://group.intesasanpaolo.com/it/research/RegulatoryDisclosures/archivio-dei-conflitti-di-interesse ed aggiornate almeno al giorno prima della data di pubblicazione del presente studio.

Intesa Sanpaolo SpA Research Department - Responsabile Gregorio De Felice	
Industry & Local Economies Research	
Stefania Trenti (Responsabile)	stefania.trenti@intesasanpaolo.com
Ezio Guzzetti	ezio.guzzetti@intesasanpaolo.com
Industry Research	
Ilaria Sangalli (Responsabile)	ilaria.sangalli@intesasanpaolo.com
Letizia Borgomeo	letizia.borgomeo@intesasanpaolo.com
Anita Corona	anita.corona@intesasanpaolo.com
Enza De Vita	enza.devita@intesasanpaolo.com
Luigi Marcadella (sede di Padova)	luigi.marcadella@intesasanpaolo.com
Enrica Spiga (sede di Torino)	enrica.spiga@intesasanpaolo.com
Anna Cristina Visconti	anna.visconti@intesasanpaolo.com
Regional Research	
Giovanni Foresti (Responsabile)	giovanni.foresti@intesasanpaolo.com
Romina Galleri (sede di Torino)	romina.galleri@intesasanpaolo.com
Sara Giusti (sede di Firenze)	sara.giusti@intesasanpaolo.com
Anna Maria Moressa (sede di Padova)	anna.moressa@intesasanpaolo.com
Massimiliano Rossetti (sede di Ancona)	massimiliano.rossetti@intesasanpaolo.com
Carla Saruis	carla.saruis@intesasanpaolo.com
Rosa Maria Vitulano (sede di Roma)	rosa.vitulano@intesasanpaolo.com
Innovazione e alta tecnologia	
Serena Fumagalli (Responsabile)	serena.fumagalli@intesasanpaolo.com
Local Public Finance	
Laura Campanini (Responsabile)	laura.campanini@intesasanpaolo.com