Caritas Italiana
organismo pastorale della CEI

NON C'È POVERTÀ SENZA RISORSE

RESPONSABILITÀ PUBBLICHE E SUSSIDIARIETÀ

PALUMBI

Caritas Italiana
organismo pastorale della CEI

NON C'È POVERTÀ SENZA RISORSE
Responsabilità pubbliche e sussidiarietà

© Caritas Italiana

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati. I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Codice ISBN: 978-88-7298-576-2

Caritas Italiana
Via Aurelia, 796 - 00165 Roma
Tel. +39 06 661771
www.caritas.it

Editato da Edizioni Palumbi
Stampato da Mastergrafica S.r.l.
Anno di pubblicazione 2026

Il Rapporto è stato curato da
Federica De Lauso
Walter Nanni

INDICE

Introduzione
don Marco Pagniello 5

1 Farsi risorsa, farsi prossimo:
tra risposte al bisogno
e accoglienza della persona
Francesco Belletti 11

2 Collìgite fràgmenta.
La povertà alimentare
tra risposte istituzionali
e mobilitazione delle comunità
Massimo Pallottino 21

3 Il diritto alla salute tra responsabilità pubblica
e sussidiarietà.
Il ruolo di Caritas
per un Servizio Sanitario Nazionale più inclusivo
Francesco Occipite Di Prisco e Federica De Lauso 71

4 Le solitudini in un welfare da far crescere
Sergio Pasquinelli 113

INTRODUZIONE

di don Marco Pagniello

C'è una domanda, nella Scrittura, che sembra custodire una possibilità inattesa. È quella che il profeta Eliseo rivolge a una vedova, rimasta senza marito, oppressa dai debiti e minacciata di perdere persino i propri figli: "Che cosa hai in casa?" (2 Re 4,2). La donna risponde di non avere nulla, se non un piccolo orcio d'olio. Poco, apparentemente troppo poco per cambiare una condizione che sembra ormai senza via d'uscita. Eppure, proprio da quel poco prende avvio una storia nuova. Il profeta la invita a chiedere ai vicini dei recipienti vuoti, a raccoglierne quanti più possibile. L'olio continuerà a scorrere fino a riempirli tutti, offrendo a quella famiglia la possibilità di sottrarsi al debito e ricominciare a vivere.

È un racconto che possiamo leggere anche come una provocazione per il nostro tempo. Non perché la povertà possa essere superata attraverso qualche espediente, né perché si debba chiedere a chi vive una condizione di privazione di trovare da solo la forza per uscirne. La vicenda di quella donna ci parla piuttosto di uno sguardo capace di intravedere una possibilità dove tutto sembra compromesso, ma anche di una responsabilità che non

può essere esercitata nella solitudine. L'olio è nella sua casa, i recipienti arrivano dalle case degli altri. Quello che sembrava insufficiente diventa principio di una vita nuova quando qualcuno riconosce ciò che esiste e altri accettano di mettere a disposizione ciò che possiedono.
Forse è proprio questo uno degli interrogativi che dovremmo tornare a porci: che cosa abbiamo nelle nostre case, nelle nostre comunità, nella società che abitiamo? E, soprattutto, che cosa ne stiamo facendo?
Il titolo di questo secondo volume del trentesimo Rapporto sulla povertà, *Non c'è povertà senza risorse*, nasce anche da questa inquietudine. Non vuole suggerire una lettura rassicurante della realtà, quasi che a ogni bisogno corrisponda già una risposta disponibile. Sarebbe un modo ingiusto di guardare alla sofferenza delle persone e rischierebbe di trasformare la speranza in una facile consolazione. Le risorse possono mancare davvero. Possono essere insufficienti, distribuite in maniera diseguale, sottratte a chi ne avrebbe diritto. E nessuna disponibilità individuale, per quanto generosa, può giustificare l'assenza di scelte pubbliche capaci di garantire condizioni di vita dignitose.
La questione, allora, riguarda il rapporto che una società stabilisce con ciò che possiede, con le possibilità che genera e con le persone alle quali consente di accedervi. Perché il problema è spesso legato anche alla distanza, talvolta enorme, tra ciò che sarebbe possibile realizzare e ciò che concretamente viene riconosciuto e garantito a ciascuno.
Questa consapevolezza interpella in modo particolare la comunità cristiana. La carità, infatti, nasce dall'esperienza di un amore ricevuto gratuitamente, che cambia il nostro modo di stare al mondo. Prima ancora di diventare un'opera, un servizio o un impegno organizzato, essa è essenza della vita cristiana. Per questo, quando parliamo di risorse, dovremmo anzitutto riconoscere che la prima risorsa siamo noi e non soltanto per ciò che possediamo o siamo in grado di mettere a disposizione, ma per ciò che siamo, per la nostra capacità di lasciarci coinvolgere, di assumere su di

noi una parte della vita degli altri, di mettere in gioco tempo, sensibilità, energie, responsabilità. È una disponibilità che nasce dalla consapevolezza di aver ricevuto per primi e che ci rende capaci, a nostra volta, di diventare dono. La carità ci impedisce di considerarci estranei alle vicende degli altri, ci sottrae alla tentazione di misurare la nostra responsabilità soltanto sulla base di ciò che possiamo fare e ci ricorda che la fraternità evangelica ha sempre conseguenze concrete sulla vita delle persone e sull'organizzazione della società.
Per questo, come Caritas, avvertiamo la necessità di interrogarci continuamente sul significato della nostra presenza nei territori e questa domanda non può esaurirsi nella quantità delle iniziative realizzate o nella capacità di rispondere alle richieste che incontriamo. È importante domandarci costantemente quale cambiamento la nostra testimonianza riesca a generare nella coscienza delle comunità, nel modo di interpretare la realtà, nelle priorità che orientano le decisioni collettive.
È qui che ritroviamo il senso più autentico della funzione pedagogica della Caritas che ci chiede di contribuire a formare comunità nelle quali la vita di ogni persona sia riconosciuta come una responsabilità condivisa. Comunità capaci di lasciarsi interrogare, anche mettere in discussione, da chi attraversa maggiori difficoltà. Perché la carità, quando è vissuta nella sua profondità evangelica, spesso chiede un atto di profonda conversione.
In questa prospettiva, anche la nostra attenzione alla povertà assume un significato più ampio. Da trent'anni il Rapporto di Caritas Italiana ci accompagna nel tentativo di conoscere e comprendere le trasformazioni del Paese. È un esercizio che nasce dall'esperienza quotidiana delle Caritas diocesane, ma che desidera parlare all'intera società. In questo tempo abbiamo imparato che osservare la povertà significa anche interrogare il modello di convivenza che stiamo costruendo, riconoscere le contraddizioni che lo attraversano e dare voce a quelle domande che troppo facilmente restano ai margini del dibattito pubblico.

Del resto, conoscere non è mai un atto neutrale. Scegliere che cosa osservare, quali domande porre, a chi dare ascolto significa già esprimere un'idea dell'uomo e della società. Per noi significa assumere come punto di partenza quella predilezione per i poveri che attraversa tutta la storia della salvezza e che in Gesù trova il suo compimento. Una predilezione che ci insegna a guardare la realtà a partire da chi ne sopporta maggiormente le contraddizioni. È da questa prospettiva che possiamo riconoscere ciò che ancora manca alla nostra convivenza per essere davvero umana.

C'è, in fondo, una questione spirituale che attraversa tutto questo discorso e che riguarda il nostro modo di intendere la vita. Siamo cresciuti in una cultura che ha progressivamente identificato la sicurezza con il possesso, la libertà con l'autosufficienza, il successo con la capacità di non dipendere da nessuno e bastare a sé stessi. Eppure, l'esperienza umana continua a mostrarci quanto questa rappresentazione sia fragile. Nessuno viene al mondo da solo, nessuno cresce senza ricevere, nessuno può attraversare tutta la propria esistenza senza affidarsi, almeno qualche volta, alle mani di altri. Il Vangelo ci invita a riconoscere in questa condizione una verità da abitare. Siamo creature, siamo legati gli uni agli altri, siamo destinatari di doni che non abbiamo prodotto e dei quali non possiamo considerarci proprietari assoluti. La nostra vita acquista pienezza quando impariamo a riconoscere che ciò che abbiamo ricevuto ci è stato anche affidato per il bene degli altri.

Questo non attenua la responsabilità delle istituzioni, né sostituisce l'esigenza della giustizia con un generico appello alla bontà individuale. Al contrario, la rende ancora più urgente. Una società che riconosce il valore della persona non può affidare la dignità dei suoi membri alla casualità della generosità altrui. La solidarietà ha bisogno di diventare cultura, orientamento delle scelte, criterio con cui costruire il futuro.

Torniamo, allora, alla casa della vedova e a quell'orcio d'olio che sembrava non poter bastare. La domanda del profeta

non ha cancellato la gravità della sua condizione. Ha però impedito che quella condizione diventasse l'ultima parola sulla sua esistenza. E soprattutto ha aperto uno spazio nel quale anche altri hanno potuto assumersi una parte di responsabilità.

Forse il compito più importante che ci attende è non permettere che la povertà diventi l'ultima parola sulla vita di qualcuno. Custodire la possibilità di un futuro anche quando il presente sembra negarla. Avere il coraggio di riconoscere ciò che non funziona e la libertà di immaginare ciò che ancora non esiste. E forse il primo passo consiste proprio nel tornare a guardare ciò che abbiamo, non per rassicurarci di fronte a ciò che manca, ma per chiederci quanto di tutto questo siamo davvero disposti a condividere e a trasformare.

1

FARSI RISORSA, FARSI PROSSIMO: TRA RISPOSTE AL BISOGNO E ACCOGLIENZA DELLA PERSONA

di Francesco Belletti

1. PARLIAMO DI RISORSE, PRIMA CHE DI BISOGNI

La capacità di non lasciare nessuno indietro rimane tuttora una delle sfide più complesse per la società, ma anche uno degli indicatori più chiari di "civiltà". La storia continua a confermare che nessuna mano invisibile (di mercato, di Stato, di benevolenza privata) è in grado di impedire disuguaglianze, esclusioni sociali, violenze o marginalità. Questa consapevolezza non porta ad un fatalismo rassegnato, non è alibi per l'inerzia o l'indifferenza, ma genera un principio di ininterrotta responsabilità e di fratellanza diffusa: "non avrò pace finché qualcuno sarà in difficoltà". È un altro modo di dire, con don Milani, "*I care*". Tale responsabilità investe ogni persona nel suo spazio personale di azione, ma diventa a maggior ragione essenziale per ogni aggregazione, più o meno formalizzata: nelle relazioni familiari o di amicizia, nelle organizzazioni di volontariato, nello Stato e nella pubblica amministrazione, nelle relazioni internazionali l'esistenza o meno di relazioni solidali, di azioni di cura, di sistemi organizzati per proteggere i più deboli diventa una cartina

di tornasole infallibile della maggiore o minore umanità del mondo che si vuole costruire, dello sguardo con cui si considerano gli altri.
Evidentemente la storia contemporanea non sembra andare in questa prospettiva, e i verbi all'indicativo del paragrafo precedente possono apparire un po' velleitari, quasi infantilmente ottimisti, un *wishful thinking* (un desiderio che ci si aspetta che si avveri per il solo fatto di essere stato desiderato) un po' moralistico, in un mondo che a livello globale sembra privilegiare la guerra rispetto alla diplomazia, l'economia di rapina e di sfruttamento piuttosto che la distribuzione equa delle risorse, e dove la celebrità, l'autorealizzazione e il potere contano certamente più della capacità di sostenere chi fa fatica. Né a livello micro-sociale le cose sembrano andare meglio: violenza, individualismo, egoismo, sfruttamento dell'altro emergono anche nelle relazioni affettive, dentro le relazioni familiari, nei posti di lavoro. Ma anche qui sta la drammaticità dell'esistenza umana, nel fatto che in ogni istante, su ogni scelta, ogni soggetto (persona o sistema organizzato) può e deve scegliere se fare il bene degli altri o se pensare al proprio tornaconto personale, al proprio "*particulare*", come diceva Guicciardini anziché al bene comune. In altri termini, ogni persona può pensarsi – e diventare - risorsa per gli altri.
Prima di definire il concetto di "risorsa" in riferimento al tipo di bisogni/mancanze a cui dover far fronte, occorre quindi una sorta di prerequisito, quella "opzione preferenziale per gli ultimi", tanto cara alla Dottrina Sociale della Chiesa, ma che è anche a fondamento dei più moderni modelli di welfare pubblico, vale a dire di quei sistemi sociali che si danno come obiettivo di bene comune non il "semplice" benessere economico e sociale ma la promozione e la protezione di ciascuno, nella prospettiva della tutela della inviolabile dignità di ogni persona, di ciascuna persona, di tutte le persone. Si tratta di scelte eticamente fondate relative alla dimensione sociale dell'umanità, che non presuppongono necessariamente un orientamento religioso trascenden-

te, ma richiamano l'idea che niente dell'umano mi può (né deve) essere estraneo: sono parole, del resto, di Terenzio, *"Homo sum, humani nihil a me alienum puto"*, oltre 150 anni prima della nascita di Cristo.

2. LA PRIMA RISORSA È LA PERSONA FRAGILE

Proprio per questo riflettere sul concetto di "risorsa" costringe prima di tutto a ricercare le risorse proprio in chi esprime il proprio bisogno, nella persona che stende la mano, in chi è "mancante", e per questo cerca sostegno agli altri, quasi "*mendicando*".
Ma quando la persona deve uscire dal proprio territorio ristretto, dalle proprie relazioni più intime, e va ad esplorare il contesto esterno, si trova a doversi misurare con modalità di funzionamento decise e definite da altri: le regole del gioco sono state già scritte, e sono difficilmente contestabili, soprattutto se il ruolo è quello del "richiedente", se si interpellano questi soggetti con una domanda, con la richiesta di ottenere qualcosa, con un "potere debole". Inoltre ogni territorio ha le proprie regole, diverse le une dalle altre: un conto è interloquire con il sistema scolastico, un altro è interagire con i servizi sanitari, altro ancora è il rapporto con un gruppo di volontariato, o con un centro di ascolto Caritas, o con un Consultorio familiare (naturalmente anche in funzione dell'ente gestore del consultorio...), oppure con i servizi sociali del Comune. Si richiede quindi alle persone in difficoltà e alle loro famiglie una competenza spesso molto sofisticata, non sempre accessibile, e a volte acquisita solo dopo molti tentativi e sofferenze.
Non bisogna poi dimenticare che questa asimmetria della relazione "portatore di bisogni – soggetto fornitore di aiuto" genera spesso, a volte anche al di là della intenzionalità esplicita dei singoli attori, un meccanismo "perverso" di ridefinizione della domanda in funzione dell'offerta, che spinge

entrambi gli attori della relazione a vedere, come bisogno, solo ciò che è prodotto dall'interlocutore: se vengono erogati solo interventi economici, evidenzierò solo i problemi in questa sfera, e in quanto operatore leggerò e investigherò solo su di essi. In tal modo si innesca un meccanismo di semplificazione dei bisogni, che perde la complessità degli intrecci, non solo sul versante del bisogno (povertà multidimensionale) e delle reti relazionali, ma anche sul versante delle "risorse" (competenze individuali, reti relazionali familiari e informali, risorse istituzionali e comunitarie). Questa difficoltà di contatto con i servizi (e, più in generale, con chi fornisce una qualche forma di sostegno) costituisce uno dei passaggi critici nodali per l'attuazione di politiche realmente promozionali e non semplicemente assistenziali. Pur superare questo scoglio occorre favorire tre specifiche attenzioni in chi offre sostegno (le cosiddette "risorse"):

a. la prima è certamente *ascolto:* è necessario uno sguardo rispettoso nei confronti della persona in difficoltà, che la consideri nelle sue relazioni, che non la scomponga né la frammenti né tantomeno la etichetti secondo le tipologie dei bisogni (minore a rischio, anziano non autosufficiente, handicappato, alcolista, tossicodipendente, povero, extracomunitario...); occorre cioè prima di tutto "lasciare spazio di parola e soggettività attiva alle persone, oltre i requisiti del servizio, oltre le proprie rappresentazioni personali, oltre le proprie griglie valoriali, ma attenti ad accogliere messaggi, linguaggi e narrazioni che sono uniche e originali. Solo in tal modo sarà possibile rispettare l'identità della persona, nella sua diversità e unicità;
b. la seconda è *orientamento/indirizzo*; quando i servizi o altre risorse esterne vengono interpellati, la tentazione è quella di avere "il prodotto" giusto per quella specifica domanda (e magari è anche la richiesta esplicita che si raccoglie); occorre invece pensare il proprio ruolo di supporto in termini di accompagnamento verso una rete differenziata di risposte, senza gelosie o discontinuità

comunicative tra i diversi attori, ma con la consapevolezza che di fronte alla diversità e all'unicità dei bisogni di una persona o di un sistema familiare, l'esistenza di una rete integrata di servizi e soggetti differenziati e specifici è una risorsa essenziale e insostituibile;

c. solo se verrà attuato un ascolto reale e se si orienterà il bisogno e le azioni di chi chiede sostegno in modo corretto sarà possibile organizzare modalità di intervento realmente promozionali, capaci di restituire dignità, capacità, competenze alle persone e alle famiglie in situazione di bisogno. È la logica che va sotto la sintetica formula dell'*empowerment*; in tal modo la persona (e la sua presa in carico) non viene definita dal bisogno, ma dal suo "rimettersi in movimento" per rispondere al bisogno. Per fare ciò occorre fornirle sia una bussola (per individuare una direzione complessiva) sia alcune mappe (per scegliere puntualmente la strada); poi, il cammino non potrà che essere comunque fatto dalla persona - "in prima persona". Si concretizza così, con tale strategia, un approccio realmente *sussidiario* (altra parola decisiva, e forse un po' abusata, oggi), capace cioè di mantenere al centro dell'azione sociale proprio il soggetto in condizione di bisogno, in un percorso di restituzione di dignità e di cittadinanza, e non di fornitura di prodotti per coprire una mancanza.

3. IL METODO: FARSI PROSSIMO

Secondo tale prospettiva, quindi, le risposte che il sistema politico e sociale deve attivare di fronte ai bisogni delle persone e delle famiglie in difficoltà non devono porsi nell'ottica primaria o peggio esclusiva di "risolvere i problemi" (*deficit model*), ma devono in primo luogo cercare di "rimettere in moto" la persona e il sistema famiglia nel suo complesso, con le loro risorse (*capabilities*), considerandole non come destinatari passivi di prestazioni, ma come partner attivi di

un percorso di aiuto in cui sia il portatore di bisogno (la persona e la famiglia), sia il prestatore di aiuto (servizi, enti locali, governo centrale, ecc.) progettano e realizzano insieme percorsi di uscita dalle condizioni di mancanza e di bisogno. Si tratta quindi di costruire una relazione di aiuto caratterizzata non solo da competenze tecnico-professionali e da capacità di reale *problem-solving*, che pure sono indispensabili affinché l'intervento sia adeguato ed efficace – corrispondendo così alle legittime aspettative di chi chiede aiuto –, ma in cui la relazione sia essa stessa un valore, un'accoglienza, un rafforzamento (*enhancement*) della capacità progettuale e della speranza (sostenere la resilienza della persona). Competenze tecniche e capacità operative – ciò che ci si aspetta da una "risorsa" – non escludono l'empatia, anzi, la presuppongono, quando le difficoltà, le fatiche e le povertà della persona non sono solo strutturali o materiali, ma riguardano anche il senso, l'identità, il benessere psico-relazionale; il benessere è multidimensionale, così come la povertà o la vulnerabilità, e per questo esige una relazione di aiuto che sia anche prossimità. Solo nel "farsi prossimo", infatti, l'ascolto diventa empatico, l'orientamento è capace di individuare la risposta più adeguata, e la valorizzazione della persona, per quanto in difficoltà, emerge come strada maestra, al di là dei sostegni più concreti che si possono (e si devono) individuare e fornire.

Naturalmente la possibilità di questa dimensione relazionale varia in funzione del tipo di organizzazione e del livello di interazione che si strutturano tra i portatori di bisogno e chi si pone come risorsa: un conto è avere a che fare con i servizi sociali del Comune e un conto è relazionarsi ad un Centro di ascolto della Caritas parrocchiale, oppure ad un centro di servizi domiciliari a pagamento. Come già ricordato, cambiano i criteri di comunicazione, cambiano i linguaggi, cambiano le regole stesse di accesso. Inoltre, in alcuni casi la relazione interpersonale è cruciale e insostituibile, e il volto di una persona è spesso la prima interfaccia con cui la persona in difficoltà si trova ad interagire, per esempio nel già citato

caso del Centro di Ascolto, mentre in altre organizzazioni, per altri bisogni, ci si confronta soprattutto con interfacce anonime, con sistemi digitali, con siti web o risponditori automatici, come ad esempio per molte prestazioni INPS – pur necessarie, e magari anche efficaci, seppur "solo" digitali.
In breve, essere risorsa significa certamente porsi a servizio di chi è in difficoltà, ma risolvere problemi e costruire empatia e prossimità sono entrambi elementi preziosi per una relazione di aiuto che restituisca speranza e fiducia, ben oltre la pura soluzione di un problema.

4. UN CRITERIO: COSTRUIRE ED ESSERE RETE

La richiesta di aiuto diventa quindi un processo relazionale, che ha al centro una situazione di fatica o difficoltà, che non si riesce ad affrontare con le sole proprie forze, spingendo quindi chi ha bisogno a cercare nel contesto esterno un aiuto, una risorsa in più. In genere le persone prima mettono in gioco le proprie capacità, competenze e risorse personali, individuali, poi esplorano i propri circuiti relazionali primari, familiari e di parentela, poi allargano la ricerca alle reti informali di amicizia, vicinato, colleghi. Inoltre, o in parallelo, o successivamente, si rivolgono ad enti e organizzazioni di varia natura, in funzione delle proprie conoscenze, oltre che, naturalmente, del proprio bisogno. Così interagiscono con i servizi soci-assistenziali o sanitari pubblici, con professionisti o risorse di mercato, oppure, ancora, con la vasta ed eterogenea platea del Terzo settore, dalle parrocchie al volontariato, dalle associazioni di auto-mutuo aiuto fino alle grandi organizzazioni del Terzo settore che offrono servizi.
Le risposte offerte sono naturalmente estremamente eterogenee, per natura e modalità di utilizzo: i servizi di un consultorio familiare sono ben diversi da quello che si può ricevere da una San Vincenzo; al Comune può accedere solo chi ha "diritto" (in genere i residenti del Comune stesso, a parte

alcune eccezioni, come le persone senza residenza abituale), mentre il Centro di ascolto della parrocchia ascolta e accoglie "a prescindere". Inoltre, abbastanza prevedibilmente, non sempre la persona si rivolge "al posto giusto", anzi, la dinamica prevalente, soprattutto per le realtà del Terzo settore e nella comunità ecclesiale, è che ci si rivolge "dove si trova ascolto", magari per un'esigenza che avrebbe risposta adeguata a tutt'altra parte. Apparentemente "è la persona che ha sbagliato indirizzo", ma la scelta del primo accesso, o meglio, la decisione di rivolgersi a qualcuno cui chiedere aiuto, è probabilmente il passo più importante che una persona in difficoltà può fare, e quindi è un momento prezioso di contatto, di restituzione di fiducia, di ingaggio relazionale, da custodire con cura e competenza. Così, è fondamentale ascoltare, capire bene, e poi, eventualmente, reindirizzare "ad altre risorse", più precise e adeguate. Magari anche con un qualche accompagnamento, per sostenere la persona nei labirinti burocratici, a fronte di difficoltà di linguaggio (non solo linguistiche), e aiutarla a fare la domanda giusta nel posto giusto. Nei modelli innovativi di servizio sociale si parla di "*case manager*", qualcuno cioè che ti aiuta a muoverti tra un ente e l'altro, governando e armonizzando i percorsi di aiuto e gli interventi d sostegni. Ma purtroppo non è ancora una metodologia di lavoro particolarmente diffusa.

Questa capacità di ascoltare e reindirizzare ha alcuni elementi caratterizzanti:

a. in primo luogo presuppone, in ciascuna risorsa (persona/ente che offre aiuto) un realistico senso di "limitatezza" del proprio ruolo e della propria funzione, che in primo luogo combatte un possibile "delirio di onnipotenza" (sei venuto da me, io risolvo il tuo problema);
b. questo presuppone che io ascolti anche quello che non mi riguarda, anzi, che forse presti attenzione proprio a quello che io non posso fare, per capire bene di cosa c'è bisogno, e scegliere dove indirizzare la richiesta, all'interno del territorio;
c. per questo occorre avere una **mappa adeguata delle**

risorse esterne presenti, e non essere concentrati solo sull'operativa propria/dell'organizzazione ai cui si collabora. Negli Uffici di piano, nei tavoli di confronto, nei lavori stessi di Caritas Italiana è ricorrente ormai da decenni l'esigenza di avere una "mappa delle risorse", la lista degli enti pubblici e privati che agiscono nel sociale, in cui sapere cosa fa ciascuno (e anche come lo fa, magari), con quale modalità può essere contattato, quali sono i criteri di accettazione delle situazioni di difficoltà, ecc.;

d. questa mappa non è solo un data base sul computer (che pure risulta certamente utile), ma è prima di tutto una **mappa relazionale**, una lista di soggetti con cui essere in relazione. Non basta inserire su Excel la lista delle OdV (oggi degli ETS, degli enti di Terzo settore), o gli indirizzi degli uffici dei servizi sociali dei Comuni del territorio; occorre costruire una frequentazione stabile, sfruttare le occasioni di incontro, generare relazioni interpersonali, oltre che protocolli operativi interistituzionali, per costruire una "rete viva" dentro cui far muovere le persone alla ricerca della risposta (o di più risposte).

5. LA COMUNITÀ CRISTIANA COME RISORSA

Nel nostro Paese, a partire dalla Costituzione in poi, si è sviluppato un modello di welfare solidaristico, che con alterne vicende rimane, almeno formalmente, una caratteristica irrinunciabile del nostro patto di cittadinanza: chi è debole, fragile, in difficoltà, ha diritto a non essere lasciato indietro, e lo Stato, in tutte le sue articolazioni, ha il compito di sostenere le situazioni vulnerabili, garantendo la dignità di vita a tutti, attraverso scuola, sanità, sistemi di previdenza sociale, servizi socio-assistenziali, ecc. Il nostro Paese poi ha storicamente sviluppato una grande capacità di risposta solidaristica da parte della società civile, generando grandi reti

di volontariato, di privato-sociale, spesso capaci di innovare modalità di intervento e di percepire con grande anticipo nuovi volti del bisogno: è stato così con le tossicodipendenze, è stato così con i movimenti migratori, è così anche su tante vecchie e nuove fragilità. Quindi, da un certo punto di vista, l'intera società si pone (o dovrebbe porsi) come "risorsa" per sostenere le persone, anche quando sono in difficoltà.

In questo contesto, la comunità cristiana ha svolto un ruolo decisivo, e tuttora risponde a priorità cruciali del sistema Paese: basti pensare alla tuttora insostituibile funzione educativa svolta a sostegno delle responsabilità genitoriali dalla rete degli oratori e delle parrocchie, sia durante l'anno che nei periodi estivi, oppure alle centinaia di migliaia di persone in difficoltà che si rivolgono quotidianamente alla rete di ascolto della Caritas, ai destinatari del Banco Alimentare, ai minori fuori famiglia ospiti nelle comunità educative. Ma questa è solo una faccia della medaglia: l'altra faccia riguarda la responsabilità di ogni credente, e quindi dell'intera comunità cristiana in tutte le sue articolazioni, per far sì che il bisogno dell'altro sia subito un compito di prossimità, di accoglienza, di solidarietà operosa. In altre parole, essere risorsa per gli altri, non per ampliare l'offerta di prestazioni e le risposte ai bisogni, ma soprattutto per costruire la civiltà dell'amore, dove siamo "fratelli tutti".

2

COLLÌGITE FRÀGMENTA
LA POVERTÀ ALIMENTARE TRA RISPOSTE ISTITUZIONALI E MOBILITAZIONE DELLE COMUNITÀ

di Massimo Pallottino

1. INTRODUZIONE: QUALE LETTURA DEL FENOMENO DELLA POVERTÀ ALIMENTARE?

Il tema della povertà alimentare sembra aver guadagnato negli ultimi anni un'attenzione crescente, e che tante persone nel nostro paese ricorrano a servizi di distribuzione di beni alimentari è un segnale che ci chiama ad una migliore comprensione dei fenomeni di povertà e di vulnerabilità sociale che si sviluppano attorno a noi. Il mondo ecclesiale, e più in particolare il mondo Caritas è da sempre tradizionalmente impegnato in operazioni di distribuzione di beni alimentari, in una pratica che ha un senso profondo di solidarietà e di vicinanza ai poveri. "Raccogliete i frammenti" era stata la prescrizione di Gesù dopo il miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci. Ma per fare che cosa? Quale fame vogliamo sfamare?

L'idea di 'sfamare gli affamati' è un'idea profondamente umana, che sappiamo bene non potersi esaurire nella semplice consegna di prodotti alimentari: il cibo richiama una molteplicità di fattori relativi a quale cibo è appropriato e

salutare, come è stato prodotto, come può essere preparato, come viene consumato. Queste stesse dimensioni si possono tradurre in elementi di fragilità, ed allo stesso tempo diventano elementi su cui una risposta 'sociale' ai fenomeni di deprivazione può e deve essere elaborata. Questa è la dimensione specificamente Caritas, che si sviluppa in questo 'spazio di animazione', dove i fenomeni di deprivazione materiale e sociale vengono collocati nel loro contesto, si riflette sulle loro cause, si elaborano risposte che non possono essere mai soltanto tecniche e fattuali, ma che devono trovare le loro origine nelle comunità locali, attraverso un'attivazione di percorsi di accompagnamento, cura e di attenzione che vanno al di là della mera 'relazione di aiuto'. Quest'ultima è naturalmente necessaria e deve essere condotta facendo ricorso agli strumenti professionali necessari, ma rappresenta in qualche modo una 'seconda fase' della relazione.

Questa pluralità di dimensioni trova una sintesi nella nozione di 'capacitazione alimentare', elaborata a partire dall'approccio delle *capabilities* di Amartya Sen: l'insieme delle libertà concrete di accedere a un'alimentazione adeguata, consapevole e socialmente accettabile, in relazione alle condizioni ambientali, economiche e culturali in cui le persone vivono. Il punto rilevante, per chi è coinvolto in attività di supporto e assistenza su questi temi, è che tali libertà non dipendono soltanto dalle competenze individuali ma da quelli che possiamo chiamare 'ambienti alimentari': una persona può conoscere i principi di una dieta equilibrata e non poterli praticare, se il contesto in cui vive non glielo consente.

In questo, la disponibilità di una forma di aiuto materiale rappresenta un'arma a doppio taglio: da una parte esso permette un contatto e una relazione, ed è una occasione per entrare in un rapporto che parte da una situazione di emergenza, ma che può trasformarsi in una vera condivisione di una storia personale. Lo si vede oggi nel quotidiano lavoro di migliaia di volontari che sostano nell'ascolto di piccole o grandi storie di vita.

LA CAMPAGNA GOOD FOOD FOR ALL

Con la raccolta di un milione di firme in almeno sette paesi dell'Unione, questa iniziativa si propone di portare sul tavolo della Commissione Europea 16 proposte: rafforzare la protezione sociale e i sistemi di mensa scolastica per garantire l'accesso al cibo; sottrarre il cibo alla logica della speculazione finanziaria, riconoscendolo come bene pubblico e non come commodity; sostenere l'agroecologia contadina e i sistemi alimentari territoriali, contrastando la concentrazione fondiaria e la dipendenza dai sementi commerciali; introdurre regole vincolanti contro lo spreco alimentare e appalti pubblici sostenibili per mense scolastiche e ospedaliere; promuovere un'etichettatura trasparente e la regolazione degli ultra-processati; ed estendere il principio del diritto al cibo anche alle politiche commerciali e di sviluppo dell'UE verso paesi terzi. La raccolta delle firme è aperta fino al 7 gennaio 2027.

▶ **https://www.goodfoodforall.eu**

Dall'altra però la mediazione del bene alimentare rappresenta un rischio sempre presente, in cui l'elemento di certezza della relazione rappresentata dalla sua materialità imposta una relazione che rischia di semplificare eccessivamente un rapporto complesso. Per il donante, l'atto di 'dare' rischia di autogiustificarsi, e attraverso la 'soluzione di un problema' (che nella pratica in realtà si rivela tutt'altro che risolutiva) permette una forma di autoassoluzione rispetto a questionamenti più complessi – 'lo so che le cause della povertà sono molte, ma intanto io ho fatto quel poco che potevo'. Lo stesso atto definisce il 'framing' della relazione anche da parte del 'ricevente', che – in un contesto di 'bassa soglia' – è chiamato unicamente a adempiere ai requisiti minimali per accedere al beneficio, ma rischia di perdere in questo modo una dimensione di soggettività e di 'cittadinanza' in senso

pieno. Nella sua materialità, l'atto del dare determina il rischio di una relazione segnata e impostata su quell'elemento, che costituisce un connettore ed una barriera al tempo stesso. L'aiuto alimentare 'semplifica': è uno strumento importante; ma non può essere considerato il primo, né quello centrale: in molti casi le persone che arrivano in un centro di ascolto non hanno immediato bisogno di aiuto alimentare, e la relazione prosegue su altri percorsi. Altri invece arrivano proprio in ragione di una richiesta di aiuto alimentare per poi maturare una consapevolezza circa la necessità di cambiare punto di vista rispetto alla stessa propria storia personale.

In una recente ricerca realizzata dalle Caritas del Friuli-Venezia Giulia su impatto e funzione dell'aiuto alimentare , si chiarisce che quest'ultimo dovrebbe essere considerato uno degli strumenti di contrasto alla povertà, e non lo strumento principale. Laddove necessario e opportunamente gestito (salvaguardando la dignità di ogni persona, e garantendo lo spazio di relazione) può svolgere un ruolo significativo: rappresentare una base di sicurezza materiale, nel ridurre la preoccupazione, nell'offrire sollievo emotivo e psicologico, nel liberare risorse e energie per facilitare percorsi di aiuto più articolati

Il gesto del donare cibo è dunque espressione di una solidarietà immediata ed empatica, ma richiede la capacità di andare oltre la sua materialità per sfruttarne le potenzialità in termini di relazione. Il cibo può provenire da varie fonti: da aiuti istituzionalizzati, il cibo donato dai membri della comunità, il cibo proveniente dal recupero di eccedenze. Ciò che conta è però che vi sia un coinvolgimento della comunità nelle diverse fasi del percorso, e che tale coinvolgimento non si limiti alla consegna del bene in sé. Ma al di là della potenzialità 'trasformativa' in termini di relazioni dell'atto stesso, occorre consapevolezza rispetto ad una valenza che trascende il singolo episodio e che allude alle conseguenze dei sistemi di aiuti alimentari, in termini sociali e anche politici. Pensiamo ad esempio al tema della redistribuzione delle

eccedenze, che la legge italiana ha reso possibile con diversi interventi normativi. Recuperare tali disponibilità per renderle disponibili, atto in sé importante in termini di solidarietà, rischia di generare una situazione che è stata descritta con una formula tanto brutale quanto efficace: *leftover food for leftover people*, cibo di scarto per persone di scarto. Non è soltanto una questione di qualità del prodotto: ciò che viene messo in circolo è una vera e propria gerarchia alimentare, in cui il cibo fresco, scelto e acquistato, sta in cima; i prodotti di seconda scelta, scartati dal commercio e redistribuiti attraverso le reti caritatevoli, stanno al centro; e, più in basso ancora, ciò che non è più adatto al consumo umano viene destinato agli animali. Una stratificazione del cibo che riproduce — e nel riprodurla legittima — una stratificazione sociale

È infatti tra l'altro la stessa presenza delle eccedenze a segnalare un sistema produttivo almeno in parte disfunzionale: che produce cioè sistematicamente più di quanto può essere venduto, in questo consumando risorse ambientali preziose e scarse , e trasformando il diritto universale di accesso ai beni della terra in una concessione. Il recupero del cibo, che nasce come un gesto spontaneo di solidarietà e di condivisione, si istituzionalizza; questo rafforza un modello di aiuto alimentare che viene in supporto di situazioni cui il welfare pubblico non riesce a dare risposte efficaci; ed in cui il recupero stesso riproduce un modello centrato sull'offerta (il cibo che rimane disponibile) invece che sulla domanda, vale a dire la storia, la dignità, le esigenze, le preferenze delle persone.

Esiste però un terzo pericolo importante del quale dobbiamo essere consapevoli rispetto ad una progressiva istituzionalizzazione sempre maggiore dell'aiuto alimentare. A maggior ragione in un Paese come l'Italia, l'idea che qualcuno debba ricorrere a una forma di aiuto di questa natura rappresenta in realtà un segnale di allarme rispetto alle condizioni del sistema, e anche rispetto alle fragilità e alle lacune del sistema di welfare . È chiara peraltro la posizione sviluppata

nella dottrina sociale della chiesa: "...gli aiuti economici ai poveri restano talvolta necessari nelle emergenze, ma non possono diventare l'unica risposta, perché l'obiettivo è mettere ciascuno nelle condizioni di vivere dignitosamente attraverso il proprio lavoro." (MH 149). Si tratta dunque di un problema di cura dei fragili, che non può essere affrontato guardando al solo aiuto alimentare, ma che chiama in causa l'insieme delle politiche di protezione sociale e di welfare. Il tema della risposta alla povertà alimentare non può essere disgiunto da una riflessione più ampia, che vede il diritto al cibo come centrale: non un bene o una merce al pari di tutti gli altri ma una componente fondamentale dei diritti umani di base. Il lavoro di definizione circa i contenuti del diritto al cibo si è assestato sul riconoscimento del "...diritto di ogni individuo, da solo o in comunità con altri, di avere in ogni momento accesso fisico ed economico a cibo sufficiente, adeguato e culturalmente accettabile, prodotto e consumato in modo sostenibile, preservando l'accesso al cibo per le generazioni future."

Questa definizione ha una conseguenza importante: se l'accesso a un cibo adeguato non dipende soltanto dalle competenze individuali ma, come si è detto, dagli ambienti alimentari in cui le persone vivono, le scelte di consumo non possono essere lette come pure preferenze personali. Importante quindi non ridurre le possibili soluzioni ad azioni che puntano a modificare proprio la scelta personale: educazione nutrizionale, accompagnamento alle scelte. Si tratta di misure importanti, ma che rischiano di ignorare i determinanti sociali, i meccanismi di filiera, le pressioni esercitate dal contesto. E anche gli interessi di una grande industria che ha identificato con grande chiarezza la contraddizione tra una alimentazione equilibrata e l'interesse commerciale, sviluppando dunque una strategia di costruzione di una vera e propria 'dipendenza alimentare', come ottimamente spiegato dal Premio Pulitzer Michael Moss.

Molti degli elementi necessari ad un recepimento del diritto al cibo nella normativa europea che tenga conto anche di

aspetti 'sistemici' dei determinanti delle scelte individuali sono stati compresi nella Iniziativa dei Cittadini Europei 'Good Food for all' ('Buon cibo per tutti' - vedi box p. 23), che propone un ventaglio di elementi su cui è necessario lavorare per garantire non solo una 'scelta libera' ma anche le condizioni in cui tale scelta lo è realmente.
Si tratta dunque di garantire un delicato punto di equilibrio tra le attività di assistenza diretta, e la necessità di perseguire un quadro di insieme incentrato sul riconoscimento dei diritti, evitando una prospettiva in cui le prestazioni sociali cessano di essere garantite come diritti universali e tornano a configurarsi come "concessioni condizionate, affidate al volontariato e a logiche di tipo filantropico". Il rischio non è che le reti caritatevoli facciano male il proprio lavoro, ma che facendolo bene consentano allo Stato una delega permanente, sollevandolo dall'assunzione piena della responsabilità sul diritto al cibo nella sua accezione più ampia e completa. La dignità non deriva dal fatto di essere nutriti, ma dalla capacità di procurarsi autonomamente il cibo.[1]
Appare dunque abbastanza evidente come anche nella semplice distribuzione di aiuto alimentare sia necessaria mantenere una opportuna tensione verso un 'cambiamento di sistema' che si traduce in una prospettiva di advocacy. Essa testimonia una identità e una coerenza di valori in una visione di contrasto ai fenomeni di povertà. La prospettiva della rete Caritas è dunque sviluppata a partire di una identità ben definita, distinta e in dialogo con la necessaria funzione di moderazione e sintesi delle istituzioni rispetto al funzionamento delle politiche pubbliche. Traendo le necessarie conseguenze dalla spesso richiamata 'attenzione alla centralità della persona', la prospettiva sopra brevemente delineata parte da una lettura più ampia, legata al fondamento stesso del mandato Caritas su cui si basa un dialogo con le altre organizzazioni sociali e con le istituzioni stesse.

1 F.B. Felici, «Innovazione sociale e risposte dal basso», cit., pp. 292, 294.

2. LA POVERTÀ ALIMENTARE: CONFINI E DEFINIZIONI

Il fatto che la povertà rappresenti un fenomeno multidimensionale è un dato ormai acquisito sia nella ricerca accademica che nell'elaborazione di strategie di risposta. Le diverse manifestazioni di essa devono dunque essere considerate aspetti specifici, ma da leggere nell'insieme dei fenomeni di fragilità sociale. In che modo dunque la povertà alimentare deve essere messa in relazione con i fenomeni più generali di deprivazione materiale e di povertà?

La povertà alimentare è definita come l'incapacità di procurarsi o consumare cibo adeguato o sufficiente in modi socialmente accettabili, oppure l'incertezza di poterlo fare[2]. Non esiste tuttavia una misura standardizzata e condivisa della povertà alimentare: le stime variano sensibilmente a seconda che si misuri l'esperienza della fame, il compromesso sulla qualità del cibo o la capacità economica di accedere a una dieta adeguata.

Anche la FAO, nel rapporto SOFI 2026[3] affronta il problema, approfondendo in particolare il tema del costo di una dieta sana e nutriente, stimando le proporzioni dei 'poveri alimentari' a dimensioni vicine a quelle della popolazione in povertà assoluta: nel 2023 l'8,6% della popolazione italiana non disponeva di un reddito sufficiente a sostenere una dieta adeguata, contro il 9,7% in povertà assoluta individuale nello stesso anno (vedi oltre, Tabella 2). Sul caso italiano,

2 Definizione di E. Dowler, S. Turner, B. Dobson, *Poverty Bites: Food, Health and Poor Families*, Child Poverty Action Group, London 2001, citata in Ilaria Benedetti, Chiara Grazini, «Analysing Food Poverty in Vulnerable Italian Households: a Partially Ordered Set Approach», *Social Indicators Research*, vol. 181, fasc. 2, gennaio 2026: 2.

3 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, *The State of Food Security and Nutrition in the World 2026. Understanding and addressing the high cost of a healthy diet*, Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations International Fund for Agricultural Development | United Nations Children's Fund World Food Programme | World Health Organization, 2026, https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cd8306en.

uno studio recente applica una misura propriamente multidimensionale della povertà alimentare — costruita sui dati del 2022, e identifica una quota pari al 4,89% delle famiglie su scala nazionale[4]. Questo studio è in grado di restituire non soltanto quante famiglie siano interessate ma quanto profondamente. Fra le caratteristiche della famiglia, il discrimine più forte non è la presenza di figli né l'età, ma la cittadinanza: le famiglie composte da soli stranieri registrano un'incidenza del 9,21% contro il 4,55% di quelle composte da soli italiani, e la distanza si conferma sulla profondità della condizione, non solo sulla sua frequenza. Occorre notare che i nuclei misti, con componenti italiani e stranieri, si collocano all'8,74%. Segue la presenza di figli, con un gradiente ordinato che va dal 5,24% delle famiglie con un figlio al 6,54% di quelle con più di uno, e con le famiglie monogenitoriali al 6,01%, dove al reddito unico si somma il carico di cura che comprime le possibilità occupazionali. A questo riguardo va segnalato un dato che contraddice una rappresentazione consolidata: gli anziani soli, al 4,17%, si trovano sotto la media nazionale del 4,89%; lo studio suggerisce che ciò dipenda almeno in parte dalla stabilità del reddito pensionistico e da una sottodichiarazione delle difficoltà. Il divario territoriale resta il più ampio di tutti, dal 12,77% della Puglia all'1,35% del Trentino-Alto Adige, e si tratta di un divario che non riguarda soltanto quante famiglie siano colpite ma quanto lo siano con una profonda divaricazione dell'indice di profondità tra le regioni. Il grado di urbanizzazione, invece, conta relativamente poco, con una sola eccezione significativa: nei piccoli comuni è più frequente che altrove la dichiarazione di aver ridotto la qualità o la quantità del cibo, un segnale che rimanda alle condizioni di accesso a una distribuzione commerciale conveniente più che al reddito. Un'ultima osservazione merita di essere sottoli-

4 Lo studio prende in considerazione tre dimensioni della povertà e della fragilità alimentare. I. Benedetti, C. Grazini, *op.cit.*

neata: le famiglie con componenti stranieri, pur essendo le più esposte, destinano al cibo una quota della propria spesa complessiva inferiore alla media nazionale. La loro spesa alimentare, in altri termini, è compressa in valore assoluto, e la deprivazione che ne risulta sfugge per costruzione all'indicatore più diffuso, quello che misura il peso del cibo sul bilancio familiare.

Il tema della povertà economica è strettamente connesso anche se non sovrapponibile a quello dell'insicurezza alimentare, che si presenta come collegato ad uno spettro più ampio dei determinanti dell'accesso al cibo[5]. L'attenzione della statistica pubblica al tema dell'insicurezza alimentare nel nostro paese è avvenimento soltanto relativamente recente. È stato sostanzialmente a partire dalla seconda decade degli anni 2000 che il fenomeno della povertà alimentare ha assunto importanza, a causa, da una parte, di una progressiva difficoltà dei sistemi di welfare, messi a dura prova dalle politiche di 'disciplina fiscale'; dall'altra del verificarsi, a partire dal 2007-2008 di crisi sistemiche che hanno toccato in modo profondissimo le condizioni di vita delle persone più fragili in tutto il pianeta, e anche nel nostro paese.

Lo scenario che ci troviamo di fronte oggi è dunque in movimento, ed è il frutto di una trasformazione che ha avuto luogo nell'ultimo quindicennio. Già nel rapporto Caritas sulla povertà del 2011 si cominciavano a cogliere segnali di nuove tendenze e fenomeni di impoverimento del cosiddetto 'ceto medio' , accanto alla persistenza della povertà estrema 'di cui la richiesta alimentare è un significativo indicatore'[6] . È dunque in quegli anni che si osservano i segni di un cambiamento: da una fase in cui la richiesta di beni alimentari coinvolge soprattutto persone in situazione di grave marginalità e stranieri, ad una situazione in cui tale

5 D. Bernaschi, *op.cit.*, p. 40.

6 Caritas Italiana, Fondazione Emanuela Zancan (a cura di), *Poveri di diritti: rapporto 2011 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2011, p. 180.

bisogno si manifesta anche in condizioni di apparente 'normalità' e che si trovano coinvolti da fenomeni di progressivo impoverimento. Quella che era già una pratica ben nota (si stimava che già nel 2003 l'80% delle Caritas diocesane fosse coinvolto direttamente o indirettamente nella distribuzione di aiuti alimentari[7]), assume dunque una rilevanza ed un peso progressivamente sempre maggiore. Negli anni dieci del nuovo millennio, anche la tradizionale attività delle mense socio-assistenziali, appariva come sostanzialmente rivolta a soggetti caratterizzati da forte vulnerabilità sociale.[8] L'evoluzione successiva, culminata con l'esperienza della Pandemia da COVID19, ci consegna oggi una immagine ancora diversa, ed in via di ulteriore trasformazione. Una rilevazione dei servizi socioassistenziali Caritas rileva una impennata del numero dei servizi attivi tra il 1999 e il 2009, quando le attività di erogazione di beni primari passano da 764 a 1.965, e una crescita più contenuta nel decennio successivo, fino a 2.781 nel 2020; a queste si aggiungono 287 mense e 159 empori solidali (Tabella 1).

TABELLA 1. *Attività di erogazione di beni primari, mense ed empori nei servizi della rete Caritas, per attività principale e secondaria. Anni 1999, 2009 e 2020, valori assoluti*

Tipo di attività	1999			2009			2020		
	princ.	sec.	tot.	princ.	sec.	tot.	princ.	sec.	tot.
Erogazione di beni primari	285	479	764	882	1.083	1.965	1.277	1.504	2.781
Mense	–	–	–	107	63	170	198	89	287
Empori/ market solidali	–	–	–	–	–	–	131	28	159
Totale	285	479	764	989	1.146	2.135	1.606	1.621	3.227

Fonte: Caritas Italiana

– : voce non prevista nella classificazione della rilevazione

7 *Ibidem*, p. 181.

8 *Ibidem*, p. 192 sgg.

Il confronto fra le tre rilevazioni mostra anche un cambiamento nel rapporto fra distribuzione e ascolto. Nel 1999 e nel 2009 le attività di erogazione erano di entità simile a quelle di ascolto (764 e 816 nel 1999, 1.965 e 1.989 nel 2009); nel 2020 le attività di ascolto salgono a 4.188, quelle di erogazione si fermano a 2.781. De Lauso collega la crescita del primo decennio (+157%) agli effetti della crisi economico-finanziaria del 2008 e alla nascita di nuovi servizi di distribuzione, anche a livello parrocchiale; la crescita più contenuta del secondo decennio (+41,5%) è in parte associata alla diffusione degli empori solidali, che nel 2010 erano 6 in tutta Italia e nel 2020 sono 159 nella sola rete Caritas. Nella sua lettura, i centri di distribuzione «non si connotano mai solo come opere esclusivamente assistenziali», ma svolgono anche una funzione promozionale e animativa della comunità.[9]

I diversi modi di misurare l'insicurezza alimentare e la povertà alimentare tentano di catturare dimensioni molto diverse tra di loro.[10] L'esperienza della povertà alimentare passa attraverso norme culturali e sociali, e soprattutto attraverso una esperienza personale che vede l'insufficienza di cibo tradursi in uno stato di ansia personale, un compromesso sulla qualità del cibo utilizzato, un compromesso sulla quantità, ed infine una vera e propria esperienza di fame[11]. La

9 F. De Lauso, «La Caritas, tra sfide educative, promozione del volontariato e interventi di welfare», Tab. 8 e paragrafo sui servizi nel 2020 in Caritas Italiana, 2022, *Dentro il welfare che cambia. 50 anni di Caritas, al servizio dei poveri e della Chiesa* (disponibile su www.caritas.it); per gli empori nel 2010 De Lauso rinvia a Caritas Italiana, CSVnet, Empori solidali in Italia. Primo rapporto, dicembre 2018.

10 Sulla genesi e il significato del calcolo della fame sulla base di un apporto di calorie insufficiente, e sulla critica a questo tipo di misure vedi Matteo Bonanni, Iacopo Moreschini, Roberto Sensi, *Fragili equilibri. I numeri della povertà alimentare tra disuguaglianze, esperienze vissute e dimensioni invisibili*, Milano, ActionAid Italia, luglio 18, 2025, https://www.actionaid.it. e Jason Hickel, *The divide: guida per risolvere la disuguaglianza globale*, Milano, Il saggiatore, 2018.

11 Terri J. Ballard, Anne W. Kepple, Carlo Cafiero, *The Food Insecurity*

dimensione sociale passa attraverso l'esperienza di quanto sia accettabile la modalità attraverso cui il cibo viene messo a disposizione: la fila, l'orario, il luogo, la necessità di documentare il proprio bisogno, la possibilità o meno di scegliere ciò che si riceve sono tutti elementi che incidono sulla dignità percepita dell'accesso, e che in alcune circostanze costituiscono una barriera più efficace di qualunque requisito formale. [12]

Il tema della fame non si limita alla pura questione materiale e alla quantità del cibo consumato: esiste un tema di qualità, e di condizioni in cui al cibo si può accedere e in cui può essere consumato. È per cogliere queste diverse dimensioni che si è affermato il concetto di insicurezza alimentare, declinato in indicatori diversi. Anche il sistema di statistica pubblica ha recepito con un certo ritardo una condizione di 'insicurezza alimentare' anche nel nostro paese, tema tradizionalmente riservato ai paesi e alle società del 'sud globale'. È infatti soltanto dal 2022 che viene introdotto dall'ISTAT il modulo FIES nel questionario nazionale dell'indagine

Experience Scale: Development of a Global Standard for Monitoring Hunger Worldwide, FAO Technical Paper, Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), ottobre 2013, http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/voices/en/.

12 FIES (Food Insecurity Experience Scale) è uno strumento di misurazione sviluppato dalla FAO a partire dal 2013 che stima la gravità dell'insicurezza alimentare attraverso l'esperienza soggettiva delle persone. Si basa su 8 domande a risposta binaria (sì/no) riferite agli ultimi 12 mesi, che chiedono se, per mancanza di denaro o risorse, la persona si sia trovata a: preoccuparsi di non avere abbastanza cibo; non riuscire a mangiare in modo sano e nutriente; mangiare pochi tipi di cibo; saltare un pasto; mangiare meno del necessario; finire il cibo in casa; avere fame senza mangiare; restare un'intera giornata senza cibo. Le risposte vengono elaborate per collocare ogni intervistato su una scala continua di gravità, calibrata su una scala di riferimento globale che consente confronti tra paesi. Sulla scala sono fissate due soglie convenzionali che distinguono tre livelli: sicurezza alimentare/insicurezza lieve, insicurezza moderata (compromessi su qualità/quantità del cibo, saltare pasti) e insicurezza grave (restare senza cibo per un giorno o più). È lo strumento ufficiale per l'indicatore SDG 2.1.2 dell'Agenda 2030.

EU-SILC. Non tutti i paesi europei hanno adottato il modulo nelle rilevazioni nazionali: oltre all'Italia, lo fanno Grecia e Cipro[13] — non è quindi un indicatore armonizzato su tutti i 27 Stati membri con un'unica data di partenza comune a livello UE, la cui situazione viene analizzata attraverso la più generica visione della 'deprivazione materiale' fotografata dall'EU-SILC già dal 2004.

Interessante notare come l'introduzione del modulo FIES nella statistica pubblica italiana non sia il frutto di un dibattito relativo a quanto questa questione debba assumere rilevanza e visibilità anche in termini di dati ufficiali, quanto piuttosto sembri essere un mero adempimento rispetto agli impegni di rendicontabilità dettati dall'adesione dell'Italia al percorso dell'Agenda 2030[14]. Uno sviluppo positivo, dunque, ma che mette però in luce la fragilità dei percorsi di attenzione alla tematica dal punto di vista delle politiche pubbliche. Questa rilevazione colloca al 1,5% la proporzione della popolazione che soffre di insicurezza alimentare moderata e grave nel 2023, ma con il 5,6% di persone che segnalano almeno uno degli otto indicatori della scala FIES. L'analisi delle 8 domande del questionario EU-SILC su cui la FIES è calcolata conferma quanto si andrà osservando: ciò che la scala intercetta in Italia è assai più il compromesso sulla qualità e sulla varietà che l'esperienza della fame in senso proprio.[15]

13 Fra i 27 Stati membri dell'Unione, il rapporto SOFI 2026 indica come basate su dati nazionali ufficiali soltanto le stime FIES di Italia, Grecia e Cipro: FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, *op.cit.*, n. Tab. A1.1, pp. 130 e 136, e nota a, p. 137.

14 M. Bonanni, I. Moreschini, R. Sensi, *op.cit.*, p. 21.

15 Livia Celardo, Francesca Gallo, Mariagloria Narilli, «I numeri della statistica ufficiale sull'insicurezza alimentare e la deprivazione in Italia», Davide Marino, Daniela Bernaschi, Francesca Benedetta Felici (a cura di), *Povertà e insicurezza alimentare in Italia: dalla misurazione alle politiche*, Uomo, ambiente, sviluppo. 3, Serie Cursa 1, Milano, Italy, FrancoAngeli, 2025, pp. 90–91.

Per cogliere la dimensione sociale dell'accesso al cibo si è avanzata la proposta di utilizzare una variabile presente nella survey EU-SILC che fotografa la percepita impossibilità di incontrarsi con parenti e amici per condividere un pasto almeno una volta al mese a causa di motivi economici, che può essere incrociata con la 'capacità di permettersi un pasto con carne, pesce o equivalente vegetariano ogni due giorni'[16]: in questa maniera viene calcolato un indice di Deprivazione Alimentare Materiale e Sociale, che permette di mettere in relazione i due aspetti: è quanto fa il report di Action Aid calcolando l'indice DAMS.
Sulla base di questa stima il già citato report di Action Aid disegna il profilo di chi è colpito da insicurezza/deprivazione alimentare in Italia[17], che si costruisce attorno a un piccolo numero di fattori che si sovrappongono, più che a un'unica categoria dominante. Il genere pesa poco (nessuna differenza sostanziale tra uomini e donne, né nel DAMS né nella FIES), mentre pesano molto titolo di studio (fattore protettivo netto: dal 24,4% di chi non ha alcun titolo si scende al 5,4% di chi ha una laurea), status occupazionale (occupati, pensionati e studenti a carico presentano tassi contenuti; disoccupati, persone inabili al lavoro e chi si occupa della casa superano il 20%), origine migratoria (23,4% tra chi ha origini extra-europee contro il 10,5% degli italiani nativi) e struttura familiare (nuclei numerosi con due o più figli, famiglie monogenitoriali e persone che vivono sole risultano le più esposte). Geograficamente, il Mezzogiorno resta strutturalmente più colpito del Centro-Nord, con un divario che il report definisce persistente su tutto il periodo osservato.
Il dato più significativo, però, emerge da una valutazione del modello di rischio: questi fattori non si sommano, si moltiplicano. Partendo da un rischio di base dello 0,3% per un profilo medio (uomo, italiano, residente al Nord, diplomato,

16 Per tutti i dettagli metodologici vedi M. Bonanni, I. Moreschini, R. Sensi, *op.cit.*, p. 31.
17 *Ibidem*, pp. 49–59.

reddito medio, in coppia senza figli), la combinazione di residenza nel Mezzogiorno, origine migratoria, bassa scolarità e reddito basso può far crescere quella probabilità fino a 100 volte. Il gruppo più esposto in assoluto sono le donne immigrate residenti nel Sud Italia, con una probabilità di deprivazione alimentare che può raggiungere il 30% quando si sommano bassa scolarità, povertà economica e famiglie numerose o non convenzionali; subito dopo, con un rischio attorno al 25%, gli uomini immigrati con lo stesso profilo. Anche la popolazione autoctona povera del Mezzogiorno (senza diploma, redditi bassi, famiglie numerose) mostra vulnerabilità significative (11-13%), pur restando sotto i livelli della popolazione straniera nella stessa area. In termini di policy, non è un fenomeno diffuso in modo uniforme, ma concentrato in specifiche intersezioni di svantaggio, elemento che suggerisce che le politiche generaliste, non mirate a queste sovrapposizioni, difficilmente riescono a incidere sul fenomeno.
Rispetto alla rappresentazione di quanto l'accesso al cibo rappresenti una questione attuale nel nostro paese, è utile quindi mettere a confronto i diversi indicatori sopra brevemente menzionati.

TABELLA 2. *Indicatori di povertà e deprivazione materiale/alimentare (% sulle persone)*

Indicatore	2022	2023
FIES - insicurezza alimentare moderata o grave (calcolo ISTAT)	2,2%	1,5%
DAMS - deprivazione alimentare materiale o sociale	10,5%	11,8%
Grave deprivazione materiale e sociale (indicatore Europa 2030, tutti i beni, non solo cibo)	4,5%	4,7%
Livello di reddito insufficiente per una dieta adeguata (FAO)	7,1%	8,6%
Povertà assoluta individuale	9,7%	9,7%

Fonti: ISTAT, EU-SILC, FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, op.cit., M. Bonanni, I. Moreschini, R. Sensi, *op.cit*.

Il divario tra il miglioramento della FIES e il peggioramento del DAMS e della grave deprivazione materiale e sociale nello stesso biennio, a fronte di una povertà assoluta stabile, può essere letto attraverso tre meccanismi non necessariamente alternativi. In primo luogo occorre notare che la FIES pesa fortemente gli aspetti di gravità estrema (fame patita, digiuno di un giorno intero), mentre le altre misure intercettano anche il compromesso su qualità e varietà del cibo — lo stadio che precede l'insorgere della fame vera e propria. Se il deterioramento delle condizioni economiche si concentra proprio in questo stadio intermedio, può tradursi in un peggioramento del DAMS senza intaccare la soglia FIES. Il secondo meccanismo riguarda il ruolo dell'aiuto alimentare istituzionalizzato (pacchi, mense, empori sociali), la cui crescita ed espansione potrebbe agire da argine selettivo proprio sulla coda più acuta della distribuzione — quella che la FIES misura — lasciando però intatta, o in peggioramento, la deprivazione materiale più diffusa e meno visibile[18]. Il terzo è un meccanismo soggettivo: quando la povertà si cronicizza, il punto di riferimento con cui le persone valutano la propria condizione può spostarsi (adattamento delle preferenze), riducendo la segnalazione degli episodi più gravi anche a parità di condizione di deprivazione materiale. Questi tre meccanismi restano ipotesi di lavoro, su indicatori pensati per misurare fenomeni differenti a partire da base dati in parte differenti. Occorre peraltro notare che la stima del FIES dipende dalla calibrazione della scala di riferimento di un indicatore inizialmente pensato per i paesi del sud globale, con redditi bassi e alta deprivazione. Appare dunque legittima l'operazione di ricalcolo usando parametri meno tarati su

18 A suffragare questa ipotesi, l'elaborazione della distribuzione dell'aumento della Deprivazione alimentare materiale e sociale per fascia di reddito, che vede una diminuzione di tale tipologia di deprivazione per i redditi più bassi, e un aumento significativo di essa per i redditi medi e medio-bassi. M. Bonanni, I. Moreschini, R. Sensi, *op.cit.*, p. 38, Tab. 4.

esperienze 'estreme' della fame, che stima la prevalenza di FIES tra il 2022 e il 2023 stabile e intorno al 3,6%[19].

3. IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ ALIMENTARE: LA RISPOSTA DELLE POLITICHE PUBBLICHE

Si è già detto di come iniziative di risposta come la distribuzione di pacchi viveri o la distribuzione di pasti presso le mense socio-assistenziali fosse un tipo di attività ben conosciuto nel mondo Caritas e nel mondo ecclesiale più ampio; ma che questo tipo di attività abbia assunto una rinnovata importanza a partire dalla crisi economico finanziaria del 2007-2008. Il periodo immediatamente successivo a quella fase vide una nuova crisi (2011-2012) che interveniva su una società già fiaccata dalla fase precedente, ed in cui continuavano a latitare risposte di sistema in termini di politiche pubbliche[20]. Proprio in questo contesto deve essere citata l'iniziativa di Caritas Italiana[21] che nel 2013 erogò un fondo di 5,4 MEUR destinato a coprire le

19 *Ibidem*, p. 48.

20 Soltanto nel 2016 venne introdotto il SIA (Sostegno per l'inclusione attiva) come misura nazionale di contrasto alla povertà, per aiutare le famiglie in condizioni di grave disagio economico. Il sussidio prevedeva l'erogazione di un beneficio finanziario bimestrale tramite una carta di pagamento elettronico, ma l'aiuto economico era strettamente condizionato all'adesione a un progetto di attivazione sociale e lavorativa. Il SIA ha rappresentato una svolta fondamentale nelle politiche di welfare italiane, e costituiva il superamento delle precedenti misure dotate di limitata copertura finanziata e fortemente categoriali. Antonio Corasaniti, «I numeri del Reddito di Inclusione e del Reddito di Cittadinanza», Luca Salmieri (a cura di) , *Servizi sociali e misure di contrasto alla povertà. Report di ricerca*, Roma, Osservatorio Interdipartimentale Permanente sui Servizi Sociali e le Povertà, 2021, https://hdl.handle.net/11573/1570625, pp. 61–78.

21 Caritas Italiana, INIZIATIVE ANTICRISI 2013 Il sostegno di Caritas Italiana alle Caritas diocesane nel far fronte alla crisi economica. Documento interno.

richieste di sostegno avanzate da 166 Caritas diocesane. Per l'allocazione delle risorse disponibili venne costruito un indice di sofferenza socioeconomica allo scopo di classificare i territori e offrire una guida alla focalizzazione degli interventi. Tale fondo risultava impiegato per il 32% destinato all'acquisto di beni di prima necessità, tra cui generi alimentari, e per un altro 39,6% come sostegno al reddito. Si trattava di una misura quantitativamente limitata per fare fronte a quella che cominciava ad essere una vera e propria emergenza sociale, ma significativa di una urgenza sempre più diffusa avvertita da parte del mondo Caritas, rispetto a quello che era un fenomeno strutturale di cambiamento dei fenomeni della povertà.

La trasformazione della platea di persone che hanno beneficiato di aiuto alimentare a partire dalle crisi economiche e sociali sperimentate a partire dal primo decennio del secolo deve essere anche verosimilmente ricondotta ad un abbassamento della soglia dell'accettabilità sociale del ricorso a tali servizi: se l'immagine della situazione vedeva nei beneficiari di aiuto alimentare e nei frequentatori delle mense socio-assistenziali un'assoluta prevalenza di persone in condizioni di forte vulnerabilità sociale e tra le famiglie (comunque minoritarie) una forte prevalenza di famiglie straniere[22], tale composizione si trova negli ultimi anni fortemente cambiata: sono diventati molto comuni casi di famiglie italiane, di lavoratori poveri, di persone socialmente inserite.

Accanto alle iniziative caritative, il sistema dell'aiuto alimentare in Italia[23] è attualmente fortemente sostenuto da risorse pubbliche europee e nazionali: dal 2014 al 2020 attra-

22 Caritas Italiana, Fondazione Emanuela Zancan, *op.cit*.

23 Che nella sua forma attuale è il risultato di una lunga evoluzione e di numerosi passaggi normativi, riassunti da Sabrina Arcuri, Gianluca Brunori, Francesca Galli, «The Role of Food Charity in Italy», Hannah Lambie-Mumford, Tiina Silvasti (a cura di) , *The Rise of Food Charity in Europe*, Bristol University Press, 2020, https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781447347576%23c3/type/book_part, pp. 79–110.

verso il Fondo di Aiuti europei agli Indigenti (FEAD), istituito dal Regolamento (UE) 223/2014, e dal 2021 attraverso il Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+), che lo ha assorbito ai sensi del Regolamento (UE) 2021/1057, integrato da un fondo nazionale. In Italia questo si traduce nel Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027, con una dotazione complessiva superiore ai 4 miliardi di euro (circa 3,5 miliardi cofinanziati dal FSE+ e 570 milioni dal FESR), di cui la Priorità 3 "Contrasto alla deprivazione materiale" (obiettivo specifico ESO.4.13) finanzia la distribuzione gratuita di beni alimentari attraverso pacchi, mense, empori sociali e unità mobili: i beni sono acquistati da AGEA e consegnati alle Organizzazioni Partner capofila (tra cui Caritas, Banco Alimentare e altri enti del Terzo settore), che li distribuiscono attraverso la propria rete di punti territoriali.
Al 31/01/2026 risultavano 10228 punti di distribuzione dei prodotti alimentari forniti attraverso questo meccanismo. Di questi 1.560 risultavano affiliati a un organismo capofila della rete Caritas attraverso un'ottantina di diversi enti territoriali. Quest'ultima cifra fotografa però soltanto l'affiliazione formale all'ente attraverso cui vengono ricevuti i beni da distribuire, mentre la portata della rete della Caritas è molto più ampia: altri 3.865 enti di distribuzione infatti, pur dichiarando un'affiliazione formale (OPT che afferiscono ad OPC)[24] ad altre organizzazioni, fanno infatti riferimento diretto alla rete Caritas, in quanto servizi delle Caritas diocesane o parrocchiali. Il totale degli enti che fanno riferimento diretto alla rete Caritas è pari a 5.425, il 53% di tutti gli enti che in Italia svolgono tale attività. La tabella 3[25] indica la

24 Le Organizzazioni Partner Territoriali (OPT) sono i punti di distribuzione, che ricevono i beni dalle Organizzazioni partner Capofila (OPC), che a livello nazionale fanno capo alle Organizzazioni partner Nazionali (OPN).
25 Si tratta di una valutazione effettuata sulla base dei nomi degli enti di distribuzione (ad esempio: 'Gruppo Caritas Parrocchiale' viene censito come parte della rete Caritas), e sulla base delle dichiarazioni degli incaricati diocesani. I numeri riportati possono comprendere un numero limitato di 'falsi positivi' e 'falsi negativi'. Questa cifra non comprende

presenza di OPT (punti di distribuzione di aiuto alimentare) per regione, ed il loro collegamento al mondo Caritas.

TABELLA 3. *Distribuzione territoriale OPT e affiliazione Caritas (al 31/01/2026)*

Regione	Numero totale OPT	Percentuale di diretta affiliazione OPC Caritas	Percentuale OPT Caritas ma affiliate ad altre OPC	Totale contributo mondo Caritas alla rete OPT
Abruzzo	233	16,31%	41,63%	57,94%
Basilicata	207	56,04%	10,63%	66,67%
Calabria	880	12,05%	30,57%	42,61%
Campania	1.241	16,84%	33,84%	50,68%
Emilia-Romagna	577	8,67%	59,45%	68,11%
Friuli-Venezia Giulia	173	9,83%	37,57%	47,40%
Lazio	992	11,49%	41,63%	53,13%
Liguria	279	3,58%	33,69%	37,28%
Lombardia	1.015	24,83%	34,98%	59,80%
Marche	317	5,99%	41,32%	47,32%
Molise	88	21,59%	36,36%	57,95%
Piemonte	691	2,60%	46,31%	48,91%
Puglia	917	26,83%	41,77%	68,59%
Sardegna	255	43,14%	18,04%	61,18%
Sicilia	1.287	12,20%	35,82%	48,02%
Toscana	484	13,43%	38,64%	52,07%
Trentino-Alto Adige	39	0,00%	30,77%	30,77%

altri enti legati alla rete ecclesiale, come ad esempio i Gruppi di Volontariato Vincenziano, a meno che l'incaricato diocesano non riferisca una integrazione di tali gruppi all'interno della rete Caritas; questa cifra non comprende neanche le congregazioni e gli ordini religiosi, salvo il caso precedentemente menzionato.

Umbria	130	8,46%	33,85%	42,31%
Valle d'Aosta	12	0,00%	16,67%	16,67%
Veneto	411	0,73%	41,12%	41,85%
Totale complessivo	**10.228**	**15,25%**	**37,79%**	**53,04%**

Fonti: Dati autorità di gestione; elaborazione propria

Secondo i dati messi a disposizione dall'Autorità di Gestione è possibile identificare i centri rispetto alla tipologia di servizio offerto (pacchi, unità di strada, mensa) e rispetto al numero degli assistiti, suddivisi per categoria (continuativi, saltuari[26]). Una fotografia diretta di chi si rivolge a questi punti di distribuzione viene dall'indagine strutturata che l'Autorità di gestione ha condotto in adempimento del regolamento europeo sul FSE+[27]. La rilevazione si è svolta tra il 25 novembre e il 31 dicembre 2024 su un campione rappresentativo estratto dall'anagrafe del programma: 195 organizzazioni partner territoriali — 62 centri di distribuzione pacchi, 45 mense, 45 unità di strada e 43 empori — e 2.801 destinatari finali, intervistati di persona nei luoghi stessi della distribuzione. Ne emerge una platea composta per il 72% da cittadini italiani, in prevalenza adulti in età da lavoro, residenti per oltre la metà nel Mezzogiorno; quasi la metà è celibe o nubile, una persona su quattro ha minori nel proprio nucleo, e l'11% non dispone di un tetto. Solo il 24% ha un

26 Il calcolo degli assistiti continuativi – identificati sulla base delle regole previste dalle istruzioni operative – viene fatto sulla base di tutti i componenti del nucleo familiare censito nel fascicolo presente nel sistema, mentre il calcolo degli assistiti non continuativi viene fatto 'per intervento'. Alcuni interventi (unità di strada, mense) prevedono solo beneficiari non continuativi.

27 Autorità di gestione del Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, *Indagine sulla deprivazione materiale per il FSE+*, Indagine strutturata ai sensi del Reg. (UE) 2021/1057, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2025, https://pninclusione21-27.lavoro.gov.it/sites/default/files/2026-06/Deprivazione_materiale_Indagine_strutturata_2025_sfc.pdf

reddito da lavoro, ma considerando l'intero nucleo due terzi dispongono di una qualche entrata: si tratta dunque in larga parte di persone il cui reddito non basta a coprire il bisogno alimentare, e non di persone prive di tutto. La condizione è peraltro tutt'altro che transitoria, poiché il 96% si rivolge a questi servizi da più di un anno. L'aiuto è giudicato utile da tre intervistati su quattro, ma la sua cadenza — mensile per la maggior parte — non coincide con quella del bisogno, che per il 42% si ripresenta già la settimana successiva e per un ulteriore 19% il giorno dopo; e metà dei destinatari riferisce almeno una difficoltà, prima fra tutte la vergogna nel chiedere, segnalata da una persona su quattro. Dal lato delle organizzazioni, l'84% integra le risorse europee con altre fonti di finanziamento, e tre su quattro dichiarano di affiancare alla distribuzione qualche forma di accompagnamento, che tuttavia raggiunge, secondo quanto riferiscono i destinatari, un terzo di essi.

Il documento non distingue in modo sistematico le caratteristiche dell'utenza in base al tipo di servizio (che pure rientra come criterio nella stratificazione del campione). I dati per servizio che compaiono sono frammentari e alludono a tematiche diverse: il tema dell'accompagnamento viene segnalato «in misura minore» nelle mense e nelle unità di strada; la presenza di minori nel nucleo familiare viene menzionato da 26 su 353 utenti delle mense e da 20 su 356 delle unità di strada, mentre per pacchi ed empori la presenza è molto comune; nei canali continuativi (pacchi ed empori) la persona che ha un'entrata ma non riesce a coprire la spesa alimentare è la norma; nei canali di bassa soglia riguarda metà degli utenti. Si evince dunque un quadro 'a due blocchi' in cui i canali continuativi sembrano toccare famiglie che non riescono ad arrivare alla fine del mese, e che più frequentemente entrano in una relazione di accompagnamento.

4. L'AZIONE DELLA RETE CARITAS SUI TERRITORI

La rete Caritas si caratterizza anche per un altro aspetto importante. Le organizzazioni territoriali che vi fanno capo rappresentano il 53% dei punti di distribuzione ma servono il 44% degli assistiti continuativi; e la differenza non dipende dal punto di distribuzione tipico — la taglia mediana è sostanzialmente analoga dentro e fuori la rete Caritas — quanto dalla presenza, fuori dalla rete Caritas, di un numero più elevato di grandi centri, che superano i 500 assistiti. Il tessuto delle OPT che fanno capo a una capofila Caritas è a grana particolarmente fine, con una taglia mediana di 84 assistiti e quasi un terzo sotto i 50: si tratta, in larga parte, di quella rete capillare di prossimità parrocchiale che costituisce il tratto distintivo della presenza ecclesiale sul territorio. Lo stesso scarto si ritrova a livello delle capofila: le OPC Caritas coordinano in media una ventina di punti e circa 2.700 assistiti, quelle che fanno riferimento alle altre reti quasi un centinaio di punti e oltre 20.000 assistiti. È un dato che pesa direttamente sulle misure di accompagnamento, il cui finanziamento è proporzionato al volume dei beni distribuiti. Ma che rischia di oscurare il fatto che una dimensione inferiore è sintomo di maggiore capillarità nella copertura del territorio e delle realtà sociali.

TABELLA 4. *Numero e dimensioni dei punti di distribuzione per appartenenza alla rete Caritas (dati al 31/01/2026)*

Gruppo	Attività	Punti di distrib. (OpT)	% sul totale OpT	Assistiti continuativi	% sul totale assistiti	Mediana assistiti per OpT	Media assistiti per OpT	% OpT < 50 assistiti	% OpT> 500 assistiti
OpT Caritas OpC Caritas	Tutte le attività	1.560	15,3%	216.235	10,3%	84	139	29,2%	3,9%
	Solo pacchi	1.295	16,8%	150.825	9,9%	80	116	28,0%	1,7%
OpT Caritas altre OpC	Tutte le attività	3.864	37,8%	711.524	33,9%	140	184	12,3%	4,8%
	Solo pacchi	3.156	40,9%	549.521	36,1%	138	174	10,5%	3,3%
Totale OpT Caritas	**Tutte le att.**	**5.424**	**53,0%**	**927.759**	**44,2%**	**120**	**171**	**17,2%**	**4,5%**
	Solo pacchi	**4.451**	**57,7%**	**700.346**	**46,0%**	**117**	**157**	**15,5%**	**2,8%**
OpT non Caritas	Tutte le attività	4.801	47,0%	1.170.446	55,8%	130	244	22,3%	11,5%
	Solo pacchi	3.266	42,3%	820.916	54,0%	144	251	12,2%	10,7%
Totale	**Tutte le att.**	**10.225**	**100,0%**	**2.098.205**	**100,0%**	**124**	**205**	**19,6%**	**7,8%**
	Solo pacchi	**7.717**	**100,0%**	**1.521.262**	**100,0%**	**127**	**197**	**14,2%**	**6,2%**

Fonte: Autorità di gestione, SIFEAD-FSE+, Elenco OpT aggiornato al 31/01/2026; elaborazione propria. Sono considerate le 10.225 OPT attive con almeno un assistito, al netto di tre rinunciatarie: da qui la differenza di un'unità rispetto alle cifre riportate nel testo; le OPT di sola mensa o unità di strada, prive di assistiti continuativi, ricadono nella classe inferiore a 50

TABELLA 5. *Dimensione delle organizzazioni capofila per appartenenza alla rete Caritas (al 31/01/2026)*

Organizzazioni capofila	Numero OpC	OpT per OpC (media)	OpT per OpC (massimo)	Assistiti continuativi per OpC (media)
OpC Caritas	80	19,7	106	2.726
OpC non Caritas	92	94,0	623	20.436
Totale	**172**	**59,4**	**623**	**12.199**

Fonte: Autorità di gestione, SIFEAD-FSE, elaborazione propria. Le 80 OpC Caritas coordinano in tutto 1.579 OpT, comprese 19 che non appartengono direttamente alla rete Caritas: da qui la media di 19,7, a fronte delle 1.560 OpT Caritas affiliate a capofila Caritas citate nel testo.

Dal 2024[28] le regole europee impongono che la fornitura di beni alimentari venga effettuata assieme alla messa in opera di misure di accompagnamento sociale, per le quali si prevede un finanziamento pari al 7% del valore dei beni distribuiti; queste misure di accompagnamento sociale vengono messe in opera dalle Organizzazioni Partner Capofila (OPC), che seguono più punti di distribuzione. Si tratta di uno sviluppo che incontra tutti i principi che la rete Caritas ha posto da molti anni alla base del proprio mandato, e come tale deve essere salutato come estremamente positivo. Che l'obbligo di accompagnamento sociale nasca da un'esigenza

28 La previsione risale effettivamente al 2014, con il "...passaggio dal PEAD (programma europeo d'aiuto agli indigenti) al FEAD, Fondo di aiuti europei agli indigenti. Con il FEAD, il programma di aiuto non risulta più legato alle eccedenze della produzione agricola ma si integra invece con le azioni di contrasto alla povertà che ciascun Paese mette complessivamente in atto; da questo scaturisce anche un cambio della cabina di regia che passa dal Ministero dell'agricoltura al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. In termini di prassi operative il nuovo programma di aiuto introduce per la prima volta l'obbligo per le strutture caritative che distribuiscono i prodotti alimentari di attuare misure di accompagnamento sociale finalizzate ad alleviare l'esclusione sociale delle persone indigenti." (F. De Lauso, *op. cit.*). È dal 2024-2025 tuttavia che vengono introdotte regole di monitoraggio progressivamente sempre più cogenti.

reale è del resto documentato. Già nel 2019 la Corte dei Conti Europea, in una relazione speciale dedicata al FEAD, concludeva che il Fondo aveva raggiunto l'obiettivo di fornire assistenza materiale di base, ma che il suo contributo all'inclusione sociale era rimasto limitato. La nuova previsione normativa risponde dunque a una lacuna riconosciuta a livello europeo, e in linea di principio va nella direzione che la rete Caritas indica da tempo.[29]

In tale previsione esistono però alcune criticità significative. Il primo elemento è quello che appare dall'analisi dei numeri sopra menzionati, rispetto alle organizzazioni territoriali Caritas che fanno riferimento ad una organizzazione diversa dalla propria Caritas diocesana. Nel mandato di quest'ultima infatti la messa in opera delle 'misure di accompagnamento sociale' sono già parte di una modalità operativa consolidata, comprendendo attività già previste a prescindere dalla normativa stessa: la presa in carico professionale di casi complessi; la gestione delle possibili strategie di soluzione all'interno di una rete territoriale; il rapporto con i servizi sociali territoriali; il collegamento, la formazione, il follow-up dell'attività dei volontari che operano a livello parrocchiale. Proprio in ragione di questa realtà, appare distonico il discorso pubblico sull''introduzione delle misure di accompagnamento', rappresentazione che ignora del tutto il fatto che per il mondo Caritas essere rappresentano già una parte consistente del mandato ordinario; così come le frequenti rilevazioni inviate alle OPT sul come le misure di accompagnamento siano state 'messe in opera' senza dare la possibilità di segnalare il riferimento a reti preesistenti, quelle animate dalle Caritas diocesane.

L'esigenza normativa ottiene comunque una risposta coerente nelle 1.560 OPT Caritas che hanno un'affiliazione di-

29 Corte dei Conti Europea, «Relazione speciale n. 05/2019: Il Fondo di aiuti europei agli indigenti (FEAD) ha raggiunto il suo obiettivo di fornire assistenza materiale di base, ma la sua contribuzione all'inclusione sociale è limitata», 2019, richiamata in «Povertà e insicurezza alimentare in Italia», cit., p. 259.

retta con OPC Caritas: dove la distribuzione degli aiuti alimentari coincide con l'ente che deve garantire le misure di accompagnamento, fatte salve alcune difficoltà specifiche poste dalla normativa, di cui si dirà oltre. Un tema più complesso si apre tuttavia per i 3.865 enti Caritas che fanno riferimento ordinariamente alla propria Caritas diocesana, ma che adesso vedono emergere un sistema nuovo e indipendente a partire dalla organizzazione di coordinamento che fornisce i beni per la distribuzione alimentare. È chiaro che questo meccanismo rischia di introdurre una frattura e una duplicazione: qual è il sistema di riferimento per la presa in carico? Quello pre-esistente, legato al mandato ordinario della Caritas diocesana? Oppure quello che viene a crearsi ex-novo per effetto della nuova previsione normativa e delle risorse a disposizione? Il non riconoscimento di tale rischio rappresenta un fattore destabilizzante per le Caritas diocesane già ordinariamente impegnate con dispositivi di follow-up professionale di casi complessi, nella relazione con i servizi territoriali, e nella costruzione di reti locali[30].
Il secondo fattore di rischio emerge dalla specificazione delle istruzioni operative valide a partire da luglio 2026. Le misure di accompagnamento sociale devono essere infatti messe in opera da operatori sociali qualificati, obbligatoriamente contrattualizzati e pagati. È chiaro che tale previsione non pone alcun problema agli enti che devono costruire un sistema nuovo, reperendo le figure professionali adeguate che possono essere pagate grazie alla disponibilità di risorse più importanti: abbiamo infatti già visto come la taglia media delle OPC Caritas sia sensibilmente inferiore a quella delle organizzazioni di altra affiliazione, con conseguente minore disponibilità delle risorse finanziarie calcolate su quel 7% del valore dei beni distribuiti. Nel caso delle

30 Senza entrare nei tecnicismi della normativa, vale ricordare che essa prevede la possibilità di delega operativa della messa in opera delle misure di accompagnamento. I primi anni di vigenza di queste norme stanno mettendo in evidenza situazioni eterogenee, che nel loro insieme non sembrano risolvere i rischi sopra riassunti.

Caritas diocesane questo pone una serie di vincoli che sono in termini concreti difficilmente giustificabili: una Caritas diocesana che dispone di un assistente sociale, magari in pensione, che presta il suo servizio a titolo volontario sarà obbligata ad assumere nuovo personale solo per giustificare l'adesione agli obblighi della normativa, ma non perché non sia in grado di fornire un follow-up debitamente qualificato. A tutto questo si aggiunge la struttura delle Caritas diocesane che svolgono un ruolo di OPC, solo per le proprie parrocchie: come si è visto in molti casi si tratta di realtà relativamente piccole, organizzate attraverso una forte integrazione di rete locale e di ricorso al volontariato, cui la normativa assegna poche centinaia di Euro[31] in termini di rimborso per essere conformi alle norme: abbastanza per introdurre un obbligo amministrativo, non abbastanza per assicurare l'eventuale copertura delle spese di un operatore che possa fornire un contributo operativo reale.
Il combinato disposto di tutte queste regole conduce dunque oltre il principio assolutamente condivisibile di accompagnare l'aiuto alimentare con una presa in carico più completa, fino a generare dei risultati che sembrano prodursi in una logica di 'eterogenesi dei fini': una spinta implicita riguardo alle organizzazioni territoriali grandi e strutturate professionalmente, che rischia però di mettere fuori gioco proprio quelle organizzazioni fortemente radicate sul territorio che assicurano una prossimità grazie al contributo di operatori qualificati ma volontari, e comunque attraverso una rete capillare, connessa con le diverse opportunità che il territorio offre. Il tutto ricondotto poi ad una logica rendicontativa che rischia di limitarsi ad una conta degli interventi, e ad un computo dei finanziamenti rendicontati. Che la trasformazione del welfare produca effetti di questo tipo è del resto documentato. La competizione sulle risorse, la lo-

31 Valutazione fatta sulla base della lista delle assegnazioni del contributo del 7% per le misure di accompagnamento, come comunicate dall'Autorità di Gestione nel 2026.

gica di istituzionalizzazione, la progressiva marginalizzazione del contributo del volontariato rappresentano fenomeni noti, in cui gli enti del Terzo settore si trovano a vivere una condizione per cui la (in realtà solo parziale) disponibilità di risorse per operazioni di servizio – in precedenza fornite anche senza alcun supporto finanziario diretto – ha come effetto l'omologazione su modelli organizzativi strutturati ed omogenei e di taglia media più grande[32]. Senza che però questo produca automaticamente una migliore reale presa in carico delle situazioni di fragilità.
Tali osservazioni non dovrebbero essere lette come una difesa dell'esistente, in opposizione ad un processo di strutturazione orientato all'efficacia del servizio. La direzione indicata dalla normativa — accompagnare l'aiuto materiale con una presa in carico strutturata — è la stessa che la rete Caritas persegue da decenni. Il punto di divergenza non è il fine ma il meccanismo: una norma che riconosce l'accompagnamento sociale soltanto se erogato da personale contrattualizzato con risorse dedicate non misura la presa in carico, ma la sua tracciabilità contabile. E nel farlo rischia di cancellare dal campo visivo proprio le forme di prossimità che non producono rendicontazione.

5. LE PERSONE CHE INCONTRIAMO

I dati finora richiamati descrivono il sistema dal lato dell'offerta: quanti punti di distribuzione, con quale assetto, per quanti destinatari dichiarati. La rete Caritas dispone però anche di uno strumento in grado di fornire la prospettiva delle persone incontrate. I Centri di Ascolto e gli osservatori diocesani alimentano un archivio che nel 2025 raccoglie 282.539 schede individuali descritte da oltre cinquecento variabili, articolate in tre blocchi paralleli: i bisogni rilevati,

32 Florentine Maier, Michael Meyer, Martin Steinbereithner, «Nonprofit Organizations Becoming Business-Like: A Systematic Review», *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 45, fasc. 1, febbraio 2016, pp. 64–86.

le richieste formulate, gli interventi erogati. In questa base informativa, il cibo compare esclusivamente come richiesta e come intervento, declinato in sette canali di erogazione: non viene registrata la povertà alimentare come condizione della persona, quanto la risposta che la rete Caritas fornisce. La tabella che segue sintetizza le attività di risposta.

TABELLA 6. *Beneficiari di aiuto alimentare da parte della rete Caritas per tipo di servizio (anno 2025)*[33]

Servizio	Persone registrate	Uomini	Stranieri	Senza dimora	Con minori conviventi	Nucleo medio	Persone raggiunte	Minori raggiunti
Alimenti e prodotti per neonati	3.528	26,5%	65,1%	6,2%	85,5%	3,85	13.600	4.400
Emporio solidale	31.784	37,0%	48,1%	4,5%	69,2%	2,96	93.900	32.500
Pacchi viveri	91.162	38,5%	47,2%	5,2%	64,6%	2,99	272.200	90.500
Sussidi per l'acquisto di alimentari	3.692	39,6%	41,8%	11,0%	63,7%	2,86	10.600	3.600
Viveri a domicilio	2.679	37,2%	37,9%	9,7%	59,5%	2,65	7.100	2.500

Fonte: database assistiti Caritas 2025 (OsPoWeb e rilevazioni territoriali)

33 Le righe dei singoli servizi si sovrappongono, poiché una stessa persona può ricorrere a più canali; i due totali sono invece calcolati senza duplicazioni. La sovrapposizione fra mensa e altri canali è comunque marginale: l'8,2% degli utenti di mensa ricorre anche ad altri servizi, il 2,7% in direzione opposta. Le percentuali su genere, cittadinanza, condizione alloggiativa e presenza di minori descrivono la persona registrata, non l'insieme delle persone raggiunte. Nucleo medio: numero di conviventi dichiarato, variabile che comprende la persona stessa; valori superiori a dieci ricondotti a dieci. Il dato è compilato nell'82-90% delle schede per i servizi diversi dalla mensa e nel 56,0% per la mensa. Persone raggiunte: per i servizi che si rivolgono al nucleo il numero delle persone registrate è moltiplicato per la dimensione media del nucleo; per la mensa coincide con il numero delle persone registrate, poiché il pasto è consumato individualmente. In assenza di un identificativo del nucleo familiare, qualora due componenti della stessa famiglia risultassero intestatari di schede distinte la stima li conterebbe due volte: va intesa come limite superiore. Minori raggiunti: somma dei figli minori conviventi dichiarati nelle schede in cui l'informazione è compilata, riportata all'intero insieme delle schede in proporzione al tasso di compilazione (76,9% sul complesso dei servizi diversi dalla mensa). Per 'Alimenti e prodotti per neonati', dato l'uso specifico del

Chi riceve pacchi, buoni spesa o accesso agli empori all'interno del circuito Caritas non è prevalentemente la persona in marginalità estrema, ma la famiglia con minori: due beneficiari su tre hanno figli minori conviventi (65,1%), contro il 42,1% di chi si rivolge ai Centri di Ascolto senza ricevere cibo. L'utenza delle mense si caratterizza però in modo specifico. Dei 42.127 utenti registrati nel 2025, il 79,8% sono uomini contro il 38,9% di chi ricorre a pacchi, empori e buoni spesa; il 70,7% ha cittadinanza straniera contro il 47,7%; il 49,9% risulta privo di dimora a fronte del 6,3%; il 52,2% è celibe o nubile contro il 23,5%; e solo il 23,4% ha figli minori conviventi, mentre fra i beneficiari degli altri canali la quota è del 65,1%. Il 71,8% si dichiara disoccupato contro il 41,5%, e le casalinghe — che fra gli altri beneficiari sono il 13,4% — qui si riducono allo 0,8%. La dimensione media del nucleo scende a 1,55 contro 2,95, l'età si abbassa sensibilmente (il 29,7% ha meno di trentacinque anni contro il 14,0%). Non si tratta della stessa platea osservata in momenti diversi: soltanto 3.437 persone ricorrono sia alla mensa sia agli altri servizi di aiuto alimentare, l'8,2% dei primi e il 2,7% dei secondi. Esiste anche un'ovvia differenza nella natura stessa della prestazione: il pacco, l'emporio e il buono spesa raggiungono il nucleo mentre il pasto in mensa raggiunge chi si siede a tavola e non si estende ai conviventi.
Fra le persone che ricevono aiuto alimentare dalla rete Caritas, gli stranieri sono il 57,4% al Nord, il 51,5% al Centro,

prodotto distribuito persone raggiunte e minori raggiunti sono riportati al numero delle persone registrate. Per la mensa il dato delle persone raggiunte non è applicabile: le schede dichiarano 7.584 minori conviventi, che tuttavia non consumano il pasto. Tutte le percentuali della tabella sono calcolate sulle sole schede in cui l'informazione è compilata. Per la presenza di minori, informazione che tende a essere registrata più spesso quando i minori ci sono, questa scelta fornisce valori massimi: considerando privi di minori anche i nuclei delle schede incomplete, le quote scendono al 50,1% per l'insieme dei servizi diversi dalla mensa e al 10,7% per la mensa. Per un'analisi estesa dei dati provenienti dai sistemi di rilevazione Caritas vedi Caritas Italiana, *La povertà in Italia secondo i dati della rete Caritas. Report statistico nazionale 2026*, Federica De Lauso, Walter Nanni (a cura di) , Teramo, Edizioni Palumbi, 2026.

il 28,3% nel Mezzogiorno e il 21,0% nelle Isole. Le casalinghe seguono l'andamento opposto: 11,6% al Nord, 19,4% al Sud, 19,9% nelle Isole. E le persone senza dimora fra i beneficiari dei canali di distribuzione sono il 6,9% al Nord e il 2,6% nel Mezzogiorno. Lo stesso identico servizio — un pacco di alimenti consegnato da una parrocchia — intercetta al Nord prevalentemente famiglie immigrate e una quota non piccola di persone in grave disagio abitativo, nel Mezzogiorno famiglie italiane in cui il lavoro è assente o non dichiarabile. Le due condizioni richiedono accompagnamenti diversi — mediazione linguistica, documenti e permessi da un lato; sostegno al reddito e inserimento lavorativo dall'altro. Questo dimostra una volta di più quanto l'aiuto alimentare abbia assoluto bisogno di essere letto in una prospettiva di accompagnamento, per non rischiare di funzionare come prestazione indifferenziata, tarata sul bene da distribuire e non sulla situazione da affrontare.

TABELLA 7. *Condizione professionale dichiarata dai beneficiari di aiuto alimentare (anno 2025, valori percentuali sulle schede con la variabile compilata)*

Condizione professionale	Nord	Centro	Sud	Isole	ITALIA
Occupato	24,4	23,5	10,1	7,7	20,3
Lavoro di tipo irregolare	3,2	2,1	8,0	3,0	3,6
Disoccupato in cerca di occupazione	40,9	44,2	36,1	45,9	41,5
Casalinga	11,6	10,6	19,4	19,9	13,4
Pensionato/a	10,2	12,1	12,9	13,6	11,5
Inabile parziale o totale al lavoro	4,4	3,5	4,0	4,6	4,1
Studente	1,0	1,1	0,2	0,6	0,9
Altro	4,4	3,0	9,3	4,7	4,8
Copertura della variabile	70,1	63,8	63,9	69,2	67,2

Fonte: database assistiti Caritas 2025 (OsPoWeb e rilevazioni territoriali)

Al Nord un beneficiario su quattro, il 24,4%, risulta occupato. Al Centro il 23,5%, nel Mezzogiorno il 10,1%, nelle Isole il 7,7%. Si tratta di una condizione di 'lavoro povero' – si ha un impiego e non basta a mangiare. La distanza va però ridimensionata tenendo conto del lavoro irregolare, che si comporta in modo speculare: l'8,0% nel Mezzogiorno contro il 3,2% al Nord. Sommando le due forme, la quota di beneficiari che un reddito da lavoro scende dal 27,6% del Nord al 18,1% del Sud. Nelle Isole la somma si ferma al 10,7%: lì l'aiuto alimentare della rete Caritas sembra raggiungere quasi esclusivamente chi è fuori dal mercato del lavoro.

Il dato dell'aiuto alimentare registrato sul sistema Caritas nel suo insieme risulta tuttavia sottodimensionato. Se si moltiplica il numero dei referenti di scheda percettori di aiuto alimentare per la dimensione media del nucleo – 2,95 persone, ricavata dalla stessa fonte – si ottiene una platea di percettori di circa 374mila persone, pari a circa il 40% dei 930mila registrati 'assistiti continuativi' sul SIFEAD dalle organizzazioni della rete Caritas.[34]

Mettendo a confronto i due archiv – l'elenco delle organizzazioni che distribuiscono gli aiuti del programma europeo e le schede delle persone incontrate dalla rete Caritas – emergono due differenze territoriali nel modo in cui l'aiuto alimentare è organizzato. La prima riguarda gli empori solidali. Sono la forma più strutturata di distribuzione: richiedono un magazzino, una logistica di approvvigionamento, un sistema a punti, volontari formati e una gestione contabile, e servono in media 430 destinatari continuativi ciascuno, contro i 157 di un punto che distribuisce soltanto pacchi. Delle 177 organizzazioni della rete Caritas che operano esclusivamente come emporio, 107 si trovano al Nord, 30 al Centro, 32 nel Mezzogiorno e 8 nelle Isole: al Nord si trovano dunque sei empori su dieci, contro meno di un terzo (31,5%) del-

34 Il sistema informatico usato per la registrazione dei beneficiari del programma FSE+.

le organizzazioni della rete. Nell'archivio Caritas gli empori raggiungono 31.784 persone, un quarto delle 126.850 che ricevono aiuto alimentare: sono il secondo canale dopo i pacchi viveri.
La seconda differenza riguarda le mense. Nel Mezzogiorno l'11,3% delle organizzazioni della rete Caritas dichiara un'attività di mensa, al Nord appena il 2,6%; eppure nell'archivio Caritas le mense pesano molto di più al Nord, dove raccolgono il 28,0% delle persone che ricevono aiuto alimentare, che nel Mezzogiorno, dove si fermano al 14,5%. Una spiegazione plausibile sta nel tipo di struttura. Al Nord le organizzazioni della rete con mensa sono 44, in maggioranza strutture dedicate: 27 non svolgono altre attività. Nel Mezzogiorno sono 221 e quasi tutte, 192, affiancano la mensa ad altre attività, in 170 casi alla distribuzione di pacchi. Al Nord, dunque, poche mense specializzate; nel Mezzogiorno molte mense dentro centri che fanno anche altro. Anche chi frequenta queste strutture presenta profili diversi. Fra le schede in cui entrambe le informazioni sono registrate, al Nord il 70,1% degli utenti di mensa vive solo e il 17,1% ha figli minori conviventi; nel Mezzogiorno vive solo il 36,3% e il 46,2% ha figli minori in casa. Gli stranieri sono il 71,0% al Nord e il 52,4% al Sud.

6. IL RAPPORTO CON I SERVIZI PUBBLICI

Un ultimo elemento che si può ricavare dalla base dati Caritas riguarda la posizione delle persone rispetto al sistema di assistenza pubblico. Il campo che registra se la persona è in carico a un servizio pubblico è compilato in modo diseguale fra le diocesi. Limitando l'osservazione alle quarantatré diocesi che compilano questo campo in modo sistematico, e che coprono 40.823 beneficiari (trenta di queste diocesi sono al Nord, dove si concentra l'85% dei beneficiari osservati), il quadro è il seguente: il 23,7% di chi riceve aiuto alimentare è in carico a un servizio pubblico, nella grande

maggioranza dei casi (81%) il servizio sociale del comune. Il dato va letto in due direzioni, con la cautela di un dato che ha una copertura limitata. La prima è che la rete Caritas intercetta persone che il sistema pubblico non ha in carico: per circa tre beneficiari su quattro il centro Caritas è il solo servizio che segua la loro situazione, perché non risultano in carico ad alcun servizio pubblico. La seconda è che i beneficiari di aiuto alimentare risultano più collegati ai servizi pubblici rispetto agli altri utenti dei Centri di Ascolto, fra i quali la quota scende al 13,5%, e molto più degli utenti delle mense, al 7,1%. Si tratta di un dato che segnala l'isolamento dal sistema pubblico come condizione ordinaria di coloro che si rivolgono al sistema Caritas, con una media in cui l'aiuto alimentare sembra costituire una almeno parziale eccezione.

Nella stessa direzione va il rapporto con l'Assegno di inclusione, la principale misura pubblica di contrasto alla povertà: lo percepisce il 20,3% dei beneficiari di aiuto alimentare contro il 10,0% degli altri utenti dei Centri di Ascolto. La misura ha requisiti che potrebbero generare il divario poiché richiede nel nucleo un minorenne, una persona con oltre sessant'anni o una persona con disabilità — e i beneficiari di aiuto alimentare hanno più spesso figli minori — oltreché cinque anni di residenza in Italia, che pesa su una platea per metà straniera (vedi tabella 8).

TABELLA 8. *Percezione dell'Assegno di inclusione: il divario fra beneficiari di aiuto alimentare e altri utenti dei servizi Caritas, e la sua tenuta ai controlli (anno 2025)*[35]

Confronto condotto su…	Quota che percepisce l'Assegno di inclusione		Quante volte di più
	fra i beneficiari di aiuto alimentare	fra gli altri utenti dei servizi	
Tutte le persone con la variabile compilata	20,3%	10,0%	2,0
A parità di composizione familiare			
- chi ha figli minori conviventi	21,7%	12,8%	1,7
- chi non ha figli minori conviventi	15,2%	6,9%	2,2
A parità di cittadinanza			
- cittadini italiani	31,4%	18,2%	1,7
- cittadini stranieri	7,6%	3,4%	2,2

Fonte: database assistiti Caritas 2025 (OsPoWeb e rilevazioni territoriali)

Come si può osservare nella tabella, nessuno dei due requisiti spiega il divario, che anzi è più ampio proprio dove il requisito familiare non può operare. Pur con le cautele di un dato parziale, il dato segnala una direzione: l'aiuto alimentare non sostituisce il sostegno pubblico al reddito, si somma ad esso. Chi riceve il pacco è più spesso qualcuno che un sostegno pubblico lo ha già: quel sostegno, dove c'è, non basta a coprire la spesa alimentare.

35 Schede con la variabile compilata: 22.320 beneficiari e 18.294 altri utenti sulla prima riga; 11.881 e 6.402 fra chi ha minori conviventi, 8.834 e 10.986 fra chi non ne ha; 11.694 e 7.879 fra gli italiani, 10.277 e 10.237 fra gli stranieri. Le due sezioni non sommano alla prima riga perché le variabili su minori e cittadinanza non sono compilate in tutte le schede. Sono escluse le schede della diocesi di Roma, nelle quali la variabile risulta registrata soltanto in caso di risposta affermativa.

L'aiuto alimentare è il canale più parrocchiale di tutti: il 46,4% dei beneficiari è intercettato da un servizio di livello parrocchiale, il 17,7% da un servizio zonale o vicariale e il 35,9% da un servizio diocesano. Fra gli altri utenti dei Centri di Ascolto la quota parrocchiale scende al 24,9%, e fra gli utenti delle mense al 15,9%, a fronte di un 80,8% di livello diocesano. La mensa è una struttura della diocesi; il pacco viveri è una modalità tipica della parrocchia.

La distinzione non è soltanto organizzativa, dato che al livello parrocchiale l'azione è quasi interamente affidata a volontari. Lo documenta tra l'altro la rilevazione condotta nel 2026 nelle diocesi di Udine, Concordia-Pordenone, Trieste e Gorizia: i 73 centri di distribuzione che hanno risposto contano 792 volontari, otto nel centro tipico; sette su dieci fanno capo a una parrocchia; nel 74% dei casi il primo passo è un colloquio di ascolto e, per più della metà dei centri che indicano un'attività prevalente, questa è l'ascolto e non la distribuzione[36]. Si tratta dunque di un livello che fornisce soprattutto un servizio di prossimità. A questa prossimità si aggiunge un tratto proprio dell'aiuto alimentare, a qualunque livello sia erogato: chi lo riceve torna al servizio con una frequenza che non ha riscontro altrove: la mediana è di sei passaggi nell'anno, il 50,9% supera i cinque e il 31,1% i dieci. Fra gli altri utenti dei Centri di Ascolto la mediana è di un solo passaggio. Si tratta di un contatto costante, che il servizio pubblico non potrebbe assicurare ma che non deve essere scambiata con una versione 'povera' della presa in carico. Si tratta invece di una modalità specifica dell'accompagnamento comunitario — continuità, consuetudine, radicamento — secondo forme che la presa in carico professionale, da sola, non riesce a prevedere.

L'espressione «presa in carico leggera», che la normativa e il dibattito tecnico hanno adottato, descrive una versione ridotta di qualcosa che resta pensato sul modello del servizio professionale, che però richiede tempi, competenze,

36 *Op.cit.*, par. 2.1, 2.2, 3.2 e 8.1.

formalità che non possono essere compresse senza perdere la loro efficacia. Per questa ragione nella rete Caritas si preferisce parlare di «accompagnamento comunitario», riconoscendo in questo modo quanto avviene realmente attorno all'aiuto alimentare. Questo reticolo di relazioni deve trovare la possibilità di uno sviluppo, attraverso una presa in carico competente delle diverse problematiche e una relazione con i servizi pubblici. La competenza, però, non è da cercare soltanto fuori: una parte consistente del volontariato che sostiene la rete è fatta di persone che mettono gratuitamente a disposizione il mestiere che esercitano o hanno esercitato — competenze legali, amministrative, sanitarie, educative, sociali — e che permettono di affrontare dentro la rete questioni che altrimenti richiederebbero un rinvio verso servizi spesso lontani o saturi. È una risorsa che il lessico della «presa in carico leggera» non coglie, perché oppone per definizione il volontario al professionista, mentre qui si tratta di professionalità donata. Lo sviluppo da cercare sta dunque nel dotare quel reticolo degli strumenti, della formazione e dei raccordi che gli mancano; e nel riconoscere e valorizzare le competenze che già contiene, senza perdere quella che è una caratteristica costitutiva dell'operatività di una rete che si sostiene grazie all'impegno di migliaia di volontarie e volontari.

7. LE ALTRE MISURE PUBBLICHE DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ ALIMENTARE[37]

L'aiuto alimentare del FSE+ non è l'unica misura pubblica in questo campo. Negli ultimi anni se ne sono aggiunte altre due: il Reddito alimentare, e la Carta «Dedicata a te».

37 Questo capitolo, ed il paragrafo con le proposte per migliorare la governance dei sistemi di povertà alimentare a livello nazionale, sono dovuti a Nunzia De Capite.

Il Reddito alimentare non è un trasferimento monetario: è la distribuzione gratuita di pacchi composti con l'invenduto della distribuzione commerciale, donato dagli esercizi che aderiscono volontariamente, con il duplice obiettivo di contrastare la grave deprivazione materiale e lo spreco alimentare.[38] La sperimentazione, triennale, dispone di 1,5 milioni di euro per il 2023 e di 2 milioni annui dal 2024 e riguarda quattro città – Genova, Firenze, Napoli e Palermo – i cui progetti, approvati nel settembre 2024 per 5,1 milioni complessivi, hanno ricevuto il primo anticipo nel dicembre 2024 e hanno avviato le attività nel 2025.[39] I destinatari non presentano domanda: sono individuati fra le persone già seguite dalle organizzazioni partner del programma europeo o segnalate dai servizi sociali e dal Terzo settore, e le risorse si aggiungono, senza sostituirle, a quelle che il PN Inclusione destina all'aiuto alimentare attraverso il FSE+.[40] Il decreto prevede un gruppo di lavoro per il monitoraggio, la cui costituzione era ancora in corso all'inizio del 2025; ad oggi non sono stati diffusi dati sui beneficiari raggiunti, sui volumi distribuiti o sugli esiti della sperimentazione.[41]
Secondo la legge, i pacchi vanno prenotati attraverso un'applicazione e ritirati presso un centro di distribuzione, mentre le persone fragili possono riceverli a domicilio.[42] Non risulta però che l'applicazione sia stata resa disponibile ai destinatari: il sistema informativo sviluppato dal Ministero per il tracciamento dei prodotti e la rendicontazione è riser-

38 Decreto ministeriale 26 maggio 2023, n. 78, artt. 2 e 3, https://lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normativa/dm-78-26052023.pdf.
39 L. 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, commi 434-435; D.M. n. 78/2023, artt. 2 e 6; Decreto del Capo Dipartimento 13 settembre 2024, n. 289; Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Reddito alimentare: approvati i progetti, https://lavoro.gov.it/node/18207.
40 D.M. n. 78/2023, artt. 4, 5 e 6, comma 1.
41 Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Reddito alimentare, https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus/pagine/reddito-alimentare (consultato il 22 ottobre 2026).
42 L. n. 197/2022, art. 1, comma 434.

vato ai Comuni e ai donatori.[43] I progetti dei comuni devono coinvolgere gli enti del Terzo settore, in particolare quelli già aderenti al programma europeo, insieme agli esercizi commerciali; a questi soggetti sono riconosciute le spese di confezionamento, stoccaggio, trasporto e distribuzione, e una parte delle risorse può finanziare lo sviluppo dell'applicazione, che serve anche a tracciare i prodotti donati e a consentire ai donatori di accedere ai benefici della legge Gadda sul recupero delle eccedenze.[44] Del gruppo di lavoro per il monitoraggio, presieduto dalla Direzione generale per la lotta alla povertà del Ministero del Lavoro, fanno parte i ministeri competenti, l'ANCI, le organizzazioni partner nazionali del programma europeo e le associazioni della distribuzione e della ristorazione.[45] Il Fondo ha carattere strutturale e dispone di risorse anche per il 2026, e alcuni comuni, come Palermo, hanno riaperto gli avvisi per i partenariati con il Terzo settore e gli operatori alimentari;[46] non risulta però un atto ministeriale che formalizzi la prosecuzione della sperimentazione oltre il triennio.

La Carta «Dedicata a te» riconosce invece un contributo economico una tantum, caricato su una carta prepagata e spendibile in beni alimentari di prima necessità e, nel 2024 e nel 2025, anche in carburanti e abbonamenti al trasporto pubblico locale.[47] Anche qui i beneficiari non presentano domanda: l'INPS li individua fra i nuclei residenti con ISEE fino a 15.000 euro – fino al 2025 composti da almeno tre

43 Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Reddito alimentare, cit.
44 D.M. n. 78/2023, artt. 5, 6 e 7; L. 19 agosto 2016, n. 166.
45 D.M. n. 78/2023, art. 8.
46 Comune di Palermo, Avviso pubblico progetto «Reddito Alimentare» – Riapertura termini, 26 gennaio 2026, https://www.comune.palermo.it/novita/avviso-pubblico-progetto-reddito-alimentare-riapertura-termini/.
47 MASAF, La Carta «Dedicata a te» 2025, https://www.masaf.gov.it/Carta_Dedicata_a_te_2025-info; Dipartimento per il programma di Governo, «Carta dedicata a te»: adottato il decreto per il 2026-2027, 26 giugno 2026, https://www.programmagoverno.gov.it/it/notizie/carta-dedicata-a-te-adottato-il-decreto-per-il-2026-2027/.

persone, con priorità a quelli con figli minori – privi di altre misure di sostegno al reddito, e i Comuni ne validano gli elenchi.[48] Nata nel 2023 con 500 milioni di euro, la misura è stata rifinanziata ogni anno; per il 2026 e il 2027 il finanziamento è diventato per la prima volta biennale, con 500 milioni per ciascun anno e un contributo di 500 euro per nucleo, a fronte di poco meno di 1,18 milioni di carte assegnate.[49] Dal 2023 al 2027 gli stanziamenti sommano a circa 2,7 miliardi di euro. Anche per la Carta, però, non sono stati pubblicati dati sistematici sulle caratteristiche dei beneficiari o sugli effetti sulla povertà alimentare; sull'utilizzo delle risorse il Ministero ha diffuso solo dati aggregati, come la ripartizione della spesa del 2024 per canale d'acquisto: 76,2% nella grande distribuzione, 10% in negozi, minimarket e mercati, 10,09% in carburante.[50]

Nel 2023 il contributo era di 382,50 euro per nucleo, a cui 100 milioni aggiuntivi hanno permesso di affiancare un'integrazione di 77,20 euro spendibile anche in carburante e trasporto pubblico.[51] Nel 2024 le risorse sono salite a 600 milioni, con un contributo portato a 500 euro e una platea di circa 1,33 milioni di famiglie; nel 2025 sono scese a 500 milioni, a parità di importo.[52] Per il biennio 2026-2027 la priorità va ai nuclei di almeno tre componenti con almeno un minore; la prima quota sarà accreditata dal novembre 2026 e la seconda dall'aprile 2027, il cui importo potrà es-

48 MASAF, La Carta «Dedicata a te» 2026, https://www.masaf.gov.it/Carta_Dedicata_a_te_2026-info.

49 L. 29 dicembre 2022, n. 197, art. 1, commi 450-451; L. 30 dicembre 2025, n. 199, art. 1, comma 5; Decreto direttoriale MASAF 1° settembre 2026; MASAF, La Carta «Dedicata a te» 2026, cit.

50 MASAF, «Carta Dedicata a Te, Lollobrigida: misura strutturale e concreta per sostenere le famiglie», comunicato stampa, 2 settembre 2025, https://www.masaf.gov.it/cartadedicatate_famiglie_lollobrigida.

51 D.L. 29 settembre 2023, n. 131, conv. L. n. 169/2023; INPS, messaggio 14 dicembre 2023, n. 4470.

52 L. 30 dicembre 2023, n. 213; Decreto interministeriale MASAF-MIMIT-MLPS-MEF 4 giugno 2024; L. 30 dicembre 2024, n. 207, art. 1, comma 103; Decreto MASAF 30 luglio 2025.

sere rideterminato in base alle risorse residue.[53] Nel tempo l'importo è cresciuto e la platea si è ristretta, da circa 1,33 milioni a poco meno di 1,18 milioni di nuclei, mentre l'uso della carta è stato ricondotto ai soli beni alimentari, alcolici esclusi. Le sole informazioni diffuse sull'utilizzo sono parziali: nel dicembre 2023 il Ministro dell'Agricoltura dichiarava che il 91% dei nuclei aveva utilizzato la carta e che oltre centomila, su circa 1,3 milioni, non vi avevano avuto accesso nei tempi previsti.[54]

Il panorama complessivo delle misure pubbliche destinate ad offrire una risposta specifica alla povertà alimentare si presenta quindi come piuttosto articolato. Il FSE+ è il principale strumento di aiuto alimentare: vi è destinato circa un quinto delle risorse del PN Inclusione, e opera attraverso le organizzazioni partner che hanno ereditato la rete del FEAD. Il Reddito alimentare ne condivide elenchi e organizzazioni e vi aggiunge il recupero delle eccedenze e una logistica di prossimità.[55] La Carta trasferisce invece potere d'acquisto a una platea ampia, selezionata in base all'ISEE. Lette insieme, le tre misure compongono tuttavia un quadro in cui la complementarietà è più dichiarata che costruita. Le tre misure rispondono a istituzioni diverse, selezionano i destinatari attraverso canali distinti – le reti territoriali da un lato, gli elenchi dell'INPS dall'altro – e non condividono alcuno strumento di conoscenza dei beneficiari: la Carta «Dedicata a te» esclude chi riceve l'Assegno di inclusione, ma non chi riceve gli aiuti del FSE+.[56] Lo stesso nucleo può così cumulare più aiuti senza che nessun livello dell'amministrazione ne

53 Decreto interministeriale MASAF-MLPS-MEF 17 giugno 2026, art. 5, comma 3; Decreto direttoriale MASAF 1° settembre 2026.

54 Ministero dell'Agricoltura, della Sovranità alimentare e delle Foreste, «Carta dedicata a te. Lollobrigida: prorogata attivazione e fondo aumentato», comunicato stampa, 12 dicembre 2023, https://www.masaf.gov.it/dedicata-a-te.

55 D.M. n. 78/2023, premesse e artt. 4, 5 e 6, comma 1.

56 MASAF, La Carta «Dedicata a te» 2026, cit.; Decreto interministeriale 4 giugno 2024, art. 2; INPS, messaggio 10 luglio 2024, n. 2575.

abbia contezza, mentre nuclei in grave deprivazione possono restare fuori da tutti, perché privi di un ISEE aggiornato, perché sfuggono alle reti territoriali o perché vivono fuori dalle quattro città della sperimentazione. Il FSE+ vincola l'aiuto materiale a misure di inclusione sociale; il Reddito alimentare conserva in parte questa impostazione, su scala ridotta; la Carta ne è del tutto priva, senza presa in carico né collegamento con i servizi. Lo strumento più finanziato, con 2,7 miliardi in cinque annualità, è quello meno integrato nella rete di contrasto alla povertà, mentre quello più legato alle reti territoriali dispone di 2 milioni l'anno. Per nessuno dei tre esistono dati pubblici sistematici che permettano di valutarne gli esiti, singolarmente o nel loro insieme.

8. CONCLUSIONI

Dalle pagine che precedono possiamo tornare al punto da cui eravamo partiti. La prima cosa che i dati dicono è che «aiuto alimentare» è un nome che utilizziamo per una realtà estremamente eterogenea. Secondo i dati dell'archivio Caritas richiamati nelle pagine precedenti, chi riceve un pacco al Nord è nel 24,4% dei casi una persona che lavora e nel 57,4% una persona straniera: la povertà da lavoro insufficiente e la presenza immigrata pesano molto più che altrove. Chi lo riceve nel Mezzogiorno è occupato nel 10,1% dei casi e straniero nel 28,3%: pesano l'assenza di lavoro e il lavoro non dichiarabile, dentro famiglie per lo più italiane. Chi si siede a tavola in una mensa del Nord vive solo nel 70,1% dei casi; chi lo fa in una mensa del Mezzogiorno ha figli minori in casa nel 46,2%. E attraverso tutte queste differenze corre quella fra chi è appena arrivato — un quarto dei beneficiari — e chi è in carico da almeno tre anni, che sono quasi la metà. Sono condizioni che chiedono risposte diverse. Integrazione del reddito e mediazione linguistica in un caso, accesso alle misure pubbliche ed emersione nell'altro; un intervento di emergenza per chi arriva, un accompagnamento di lungo periodo per chi resta.

In secondo luogo, tutto questo evidenzia con chiarezza il ruolo dell'aiuto alimentare come segnale di un disagio sociale, di una sofferenza la cui responsabilità deve essere ricondotta con grande chiarezza all'insieme della comunità civile e politica; e che invece non trova al momento attuale misure pubbliche efficaci in grado di contrastarla. Per questa ragione non si può che sottolineare ancora il pericolo di una parcellizzazione dell'aiuto, offerto per categorie, come se la condizione di povertà e vulnerabilità debba essere ulteriormente giustificata con qualche elemento aggravante. Si può ripartire soltanto con misure pubbliche a copertura universale, che permettano a chi può di ripartire e accompagni tutte le persone che vivono una condizione di fragilità di trovare la strada per una vita dignitosa.
Il terzo elemento è che la rete che distribuisce quel bene è, per circa tre persone su quattro fra quelle che incontra (nelle diocesi che registrano questa informazione), il solo servizio che ne segua la situazione: non risultano in carico ad alcun servizio pubblico. E la rete che svolge questa funzione di contatto è una rete composta da volontari che rappresentano la vera ossatura del sistema: con – molto spesso – specifiche competenze, ma in ogni caso con la possibilità a dedicarsi a una relazione che si estende bene al di là delle forme convenzionali di presa in carico sociale. La porta della parrocchia si apre prima, e spesso resta l'unica aperta. Le cose di cui le persone hanno bisogno – orientarsi fra le pratiche, far valere un diritto, accedere a una misura, trovare una casa – richiedono competenze che la consuetudine non produce da sola: ecco dunque l'importanza dell'interfaccia tra il sistema pubblico, che ha il dovere di assicurare risposte a tutti, il Terzo settore, che deve svolgere un ruolo realmente 'sussidiario', di antenna e non di ripiego quando la risposta pubblica non arriva, e il volontariato, che svolge un ruolo di presidio civico diffuso insostituibile: un tema che merita un approfondimento e una comprensione più profonda.
Il rischio, alla luce di quanto si è detto sull'accompagnamento comunitario, non è che la norma chieda troppo: è

che chieda la cosa sbagliata, e che nel farlo eroda la risorsa che rendeva possibile la cosa più necessaria. La prossimità non si produce per decreto e si logora se viene caricata di adempimenti; gli adempimenti sono necessari e rappresentano un preciso impegno, ma è necessario che siano, e siano percepiti, come giustificati e utili per costruire un sistema sempre migliore per accompagnare le fragilità dei territori, e non come semplice adempimento burocratico e amministrativo. Non è detto invece che questa prossimità possa e debba partire dall'aiuto alimentare: come ha detto di recente un operatore di una Caritas diocesana, l'aiuto alimentare fa sicuramente parte della nostra 'cassetta degli attrezzi', ma non è sempre l'unico, o il primo attrezzo che dobbiamo utilizzare.

Questo cambia il modo in cui va posta la domanda sull'istituzionalizzazione dell'aiuto alimentare. Il passaggio al FSE+ e l'obbligo di affiancare alla fornitura di beni alcune misure di accompagnamento muovono da una constatazione giusta: distribuire cibo e basta non affronta le cause per cui quel cibo serve. Ma la relazione di prossimità che arriva insieme alla distribuzione non può essere sostituita con una procedura. Occorre allo stesso tempo costruire politiche pubbliche efficaci e adeguatamente sostenute per rispondere alla sofferenza sociale che proprio attraverso l'aiuto alimentare viene in superficie.

9. TRE CONSEGNE

L'importanza dell'impegno di chi anima questa rete eccede i numeri con cui di solito lo si racconta, e la misura in chili ne restituisce la parte meno significativa. Ma soprattutto, dietro a un banco di distribuzione si accumula una conoscenza delle condizioni di vita del territorio che nessun altro soggetto possiede: chi arriva per la prima volta e chi torna da anni, quali spese hanno smesso di essere sostenibili, quali misure pubbliche non raggiungono chi ne avrebbe diritto, in

quali quartieri la situazione sta vedendo dei cambiamenti. È una conoscenza che difficilmente emerge, perché nessuna procedura la raccoglie. Documentarla e metterla a disposizione permette a tutti di maturare una maggiore consapevolezza. Ma renderla disponibile nella propria comunità, nel consiglio pastorale, presso l'amministrazione comunale — è fra le cose che questo servizio può offrire in ogni territorio. Per il mondo Caritas lo stimolo esigente è quello a rendere sempre più l'aiuto alimentare uno strumento di relazione, accompagnamento, vicinanza: decentrando, e qualche volta mettendo in dubbio, una materialità che semplifica e che non può rappresentare l'unico appiglio del nostro stare a fianco dei poveri.

Con le altre organizzazioni impegnate su questo settore, e che contribuiscono ad assicurare una preziosa opera di coordinamento organizzativo, è necessario riconoscere la forza e la capillarità di un'attività che vede nel volontariato e nelle reti locali una realtà che non ha pari in Europa. Con queste organizzazioni possiamo dire insieme due cose importanti: che le tonnellate distribuite misurano l'attività e non il suo esito, e che l'obiettivo di lungo periodo dei nostri sforzi è un paese in cui questa rete sia meno necessaria.

Con le istituzioni che hanno la responsabilità di questo settore occorre dialogare perché le normative che vengono sviluppate costruiscano su quanto esiste, lo sviluppino, lo promuovano. Ma occorre ricondurre il tema dell'aiuto alimentare ad un contesto più ampio: da una parte è importante pensare a forme di governance partecipata che coinvolgano soggetti civici e che pongano il diritto al cibo nel centro della riflessione; dall'altra guardare a questa rete come a un sensore del funzionamento delle politiche di inclusione e di welfare. Migliorare la governance dell'aiuto alimentare significa anzitutto intervenire sul modo in cui il programma viene deciso, attuato e valutato. Molto può essere fatto nei territori: esistono diverse esperienze locali che segnalano come il cibo sia un sistema che collega agricoltura, salute, ambiente e politiche sociali, che ha bisogno di riferimenti in

settori e livelli di governo diversi[57]. Il rischio è che le politiche locali del cibo affrontano i temi della povertà alimentare, si tenda a concentrarsi sulla redistribuzione delle eccedenze e sulle mense scolastiche, trattando l'accesso al cibo soprattutto in chiave di risposta ad un 'emergenza sociale' e senza provvedere a forme di necessario coordinamento con i livelli regionale e nazionale[58]. È possibile invece costruire sistemi locali di contrasto alla povertà alimentare fondati su una governance partecipata, che coinvolga le comunità nella definizione delle strategie e nell'allocazione delle risorse? A quale integrazione tra politiche nazionali e azione territoriale è necessario pensare? Esiste, infine, uno spazio intermedio fra il mercato e le politiche di aiuto, in cui l'accesso al cibo sia affrontato a partire da un tessuto sociale capace di mutualità, che riconosce questo tema come parte della propria esperienza di relazione e non come una prestazione rivolta ad altri?

A livello nazionale manca però ancora un quadro strategico condiviso sulla povertà alimentare, e quanto riportato nei paragrafi precedenti segnala il rischio di monitorare più le tonnellate distribuite che gli effetti sul fenomeno. Per dare una risposta a queste esigenze è possibile esplorare delle piste molto concrete. La prima risposta, preliminare alle altre, è la pubblicazione periodica di dati di monitoraggio per ciascuna misura – beneficiari raggiunti, caratteristiche dei nuclei, risorse effettivamente spese, beni distribuiti – e una valutazione che guardi agli effetti sulla povertà alimentare oltre che ai volumi: è la condizione minima per valutare la

57 Alcune di queste esperienze sono descritte in vari capitoli di Davide Marino, Daniela Bernaschi, Francesca Benedetta Felici (a cura di), *Povertà e insicurezza alimentare in Italia: dalla misurazione alle politiche*, Uomo, ambiente, sviluppo. 3, Serie Cursa 1, Milano, Italy, FrancoAngeli, 2025.

58 Bianca Minotti, «La povertà alimentare nelle food policy», Davide Marino, Daniela Bernaschi, Francesca Benedetta Felici (a cura di) , *Povertà e insicurezza alimentare in Italia: dalla misurazione alle politiche*, Uomo, ambiente, sviluppo. 3, Serie Cursa 1, Milano, Italy, FrancoAngeli, 2025, pp. 317–326.

spesa pubblica e per consentire al Terzo settore di contribuire alla programmazione. La seconda è un sistema informativo che metta in relazione i destinatari del FSE+, della Carta «Dedicata a te» e del Reddito alimentare, con lo scopo di far emergere sovrapposizioni e vuoti di copertura. La terza è riportare la Carta «Dedicata a te» dentro la rete dei servizi. I Comuni dovrebbero poter segnalare nuclei noti ai servizi sociali anche senza ISEE aggiornato, e l'erogazione andrebbe collegata a un contatto con i servizi o con le reti territoriali, sul modello delle misure di accompagnamento del FSE+. La quarta riguarda il Reddito alimentare: alla scadenza del triennio serve una decisione esplicita. Se la valutazione lo giustifica, la sperimentazione andrebbe estesa con risorse adeguate. La quinta proposta, infine, è una regia unica delle politiche di contrasto alla povertà alimentare, affidata al Ministero del Lavoro in quanto Autorità di gestione del PN Inclusione. È la condizione minima perché le informazioni circolino e le misure esistenti siano coordinate. Il passaggio ulteriore consiste però nel passare dalle politiche sulla povertà alimentare a vere e proprie politiche del cibo: per questo occorrono dispositivi di concertazione, sia a livello nazionale sia nei territori, in cui l'accesso a un cibo adeguato diventi un criterio per le politiche che organizzano il sistema alimentare, che vedano una partecipazione dei diversi attori sociali coinvolti. Le reti che distribuiscono aiuto alimentare vi portano una conoscenza specifica: vedono da vicino dove le persone fanno la spesa, che cosa possono permettersi, quanto pesano prezzi, distanze e tempi. Il criterio per valutare queste politiche non è soltanto quante persone vengono raggiunte dall'aiuto, ma quante possono accedere a un cibo adeguato anche attraverso forme che siano in grado di valorizzare condivisione e mutualità: cucine e mense di comunità, empori gestiti con la partecipazione di chi li frequenta, gruppi di acquisto e cooperative di consumo aperti a redditi diversi, filiere che legano produttori locali e comunità. Sono esperienze che le politiche pubbliche possono sostenere con spazi, risorse e riconoscimento.

Resta la frase da cui questo capitolo prende il titolo. *Collìgite fràgmenta ne pereant*: raccogliete i pezzi avanzati, perché nulla vada perduto. Spesso la riferiamo allo spreco del cibo, ma occorre ricordare dove questa frase arriva nel racconto evangelico: alla fine, dopo che la folla è stata fatta sedere sull'erba ed ha ricevuto quanto serviva. L'avanzo presuppone che ce ne fosse abbastanza, ed è la conseguenza di quella sufficienza.

Un sistema fondato sul recupero di ciò che resta eredita la logica del residuo: distribuisce quanto è disponibile, a chi si presenta, nella misura in cui avanza. Rappresenta una risposta - probabilmente necessaria - a un bisogno reale; essa è costruita però su un rapporto rovesciato rispetto a quello descritto nel Vangelo. La differenza non è solo di ordine simbolico: determina chi riceve che cosa, e perché. Ma se non deve essere 'dato per carità ciò che è dovuto per giustizia', raccogliere i frammenti vuol dire qualcosa di più che recuperare il cibo. Vuol dire che nulla e nessuno deve andare perduto: non il pane, e nemmeno le storie, le domande, le ingiustizie che incontriamo distribuendolo. Raccogliamo anche quelle, e portiamole dove si decide.

3

IL DIRITTO ALLA SALUTE TRA RESPONSABILITÀ PUBBLICA E SUSSIDIARIETÀ.

IL RUOLO DI CARITAS PER UN SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PIÙ INCLUSIVO

di Francesco Occipite Di Prisco e Federica De Lauso

1. IL DIRITTO ALLA SALUTE E LA GOVERNANCE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La tutela della salute rappresenta uno dei fondamenti dello Stato sociale e costituisce un diritto sostanziale della persona, riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione italiana che sancisce: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*».

Il riconoscimento costituzionale del diritto alla salute attribuisce alle istituzioni pubbliche una responsabilità precisa: garantire a tutte le persone l'accesso alle prestazioni sanitarie necessarie, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e personali. Affinché tale diritto sia effettivo, tuttavia, non è sufficiente il suo riconoscimento formale. Occorrono servizi accessibili, risorse adeguate, personale qualificato e un'organizzazione capace di rispondere ai bisogni della popolazione, riducendo gli ostacoli economici, territoriali e amministrativi che possono impedire l'accesso alle cure.

In Italia, il principale strumento attraverso cui viene garantita la tutela pubblica della salute è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833. La sua nascita ha rappresentato un passaggio fondamentale nella storia del welfare italiano, poiché ha superato il precedente sistema mutualistico, basato su casse mutue, prevalentemente collegate alle categorie professionali e alla condizione lavorativa degli assistiti. Tale sistema determinava significative disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria, legando in larga misura la tutela della salute all'appartenenza a una determinata categoria lavorativa. Con l'istituzione del SSN, la tutela della salute è stata ricondotta a un principio universalistico: l'assistenza sanitaria è diventata una responsabilità pubblica rivolta alla collettività, finanziata principalmente attraverso la fiscalità generale e fondata sulla solidarietà sociale.
Nel corso degli anni, il modello sanitario italiano ha conosciuto importanti trasformazioni. Tra queste rientrano l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, avviata con le riforme dei primi anni novanta, il rafforzamento delle competenze regionali e la progressiva definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tali cambiamenti hanno modificato l'organizzazione del sistema, attribuendo maggiore autonomia gestionale ai soggetti regionali e aziendali e rafforzando, al tempo stesso, la necessità di coordinamento tra i diversi livelli istituzionali.

1.1. I livelli istituzionali della governance

Il primo livello di governance sanitaria è dunque quello nazionale, nel quale lo Stato definisce i principi fondamentali del sistema, determina i LEA, stabilisce gli indirizzi generali della politica sanitaria e concorre al finanziamento del servizio pubblico. In questo ambito operano il Ministero della Salute e gli organismi tecnico-scientifici e consultivi, tra cui l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Superiore di Sanità. La Conferenza Stato-Regioni rappresenta, inoltre, una sede fondamentale di raccordo istituzionale, nella quale vengono

affrontate le questioni che richiedono il coordinamento tra il governo centrale e le autonomie territoriali.
Lo Stato ha quindi il compito di garantire la cornice unitaria del sistema, individuando le prestazioni che devono essere assicurate su tutto il territorio e promuovendo strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione. La definizione dei LEA risponde proprio all'esigenza di impedire che il diritto alla salute dipenda esclusivamente dalle risorse e dalle capacità organizzative delle singole Regioni, assicurando una base comune di prestazioni e tutele su tutto il territorio nazionale.
Il secondo livello di competenza è poi quello regionale. Le Regioni e le Province autonome programmano e organizzano i servizi sanitari nei rispettivi territori, disciplinano l'assetto delle strutture e gestiscono le risorse assegnate nell'ambito delle competenze previste dalla legge. Attraverso gli assessorati di pertinenza, gli organismi di coordinamento e gli strumenti di programmazione regionale, esse definiscono le priorità assistenziali, organizzano la rete ospedaliera e territoriale e individuano le modalità con cui garantire le prestazioni previste dai LEA. La governance regionale assume un ruolo particolarmente rilevante perché ha il compito di tradurre gli indirizzi nazionali in scelte organizzative concrete. Questa autonomia può consentire di adattare i servizi ai bisogni locali, ma può anche determinare differenze nell'offerta, nei tempi di attesa e nella capacità di presa in carico. La sfida consiste pertanto nel conciliare l'autonomia regionale con la garanzia di diritti omogenei per tutti i cittadini.
Il terzo livello di governance è infine quello aziendale e territoriale, nel quale le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le aziende ospedaliere e gli altri enti del servizio sanitario regionale organizzano ed erogano le prestazioni. A questo livello si realizza il rapporto diretto con le persone attraverso gli ospedali, i distretti sanitari, i servizi di assistenza primaria, l'assistenza domiciliare e le altre strutture presenti sul territorio.
Anche i Comuni e gli ambiti territoriali sociali svolgono una funzione importante, soprattutto nella programmazione e

nella realizzazione degli interventi sociali e sociosanitari. Nell'ambito delle rispettive competenze, contribuiscono a rispondere ai bisogni delle persone che necessitano di interventi integrati, come anziani non autosufficienti, persone con disabilità, cittadini in condizioni di grave povertà e nuclei familiari caratterizzati da vulnerabilità multiple.
Tra gli strumenti di programmazione sanitaria rientrano il Piano Sanitario Nazionale (PSN), previsto dalla Legge n. 833/1978, e i Piani Sanitari Regionali (PSR), attraverso i quali gli indirizzi nazionali vengono tradotti in obiettivi e priorità territoriali. Il finanziamento del sistema si fonda invece sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN), attraverso il quale vengono ripartite le risorse destinate al Servizio sanitario pubblico secondo le procedure e i criteri stabiliti dalla normativa vigente.

1.2. I principi fondamentali e principi organizzativi del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si fonda su tre principi fondamentali che orientano la tutela della salute e l'accesso alle prestazioni sanitarie.

- **Universalità.** Il diritto alla tutela della salute è riconosciuto a tutta la popolazione. Il SSN è chiamato a garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo i bisogni, nel rispetto delle condizioni e delle modalità previste dalla normativa vigente.
- **Uguaglianza.** Tutti devono poter beneficiare delle prestazioni e delle tutele offerte dal sistema sanitario, senza discriminazioni basate sulle condizioni personali, sociali o economiche. Tale principio richiede che ogni persona sia trattata con pari dignità e possa esercitare il proprio diritto alla salute.
- **Equità.** Le risorse e gli interventi sanitari devono essere distribuiti in relazione ai bisogni effettivi di salute, tenendo conto delle differenze individuali e delle condizioni che possono ostacolare l'accesso ai servizi. L'equità implica, pertanto, non soltanto garantire pari opportu-

nità di accesso, ma anche adottare interventi differenziati per rispondere alle maggiori necessità di persone e gruppi in condizioni di vulnerabilità.

Accanto a questi principi, il funzionamento del SSN è orientato da alcuni fondamenti organizzativi, che definiscono le modalità attraverso cui il sistema programma, organizza ed eroga i servizi sanitari, con l'obiettivo di assicurare una risposta appropriata, efficace e continuativa ai bisogni della popolazione.

- **Centralità della persona.** Il cittadino è riconosciuto come protagonista del proprio percorso di cura e non come semplice destinatario delle prestazioni. Ciò implica il diritto a ricevere informazioni chiare e comprensibili, a partecipare alle decisioni che riguardano la propria salute e a esercitare, nei limiti previsti dalla normativa, la libertà di scelta delle strutture e dei professionisti.
- **Responsabilità pubblica nella tutela della salute.** Lo Stato e gli altri soggetti istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, concorrono alla programmazione, all'organizzazione e al controllo del sistema sanitario.
- **Coordinamento tra le istituzioni e i soggetti del sistema sanitario.** Lo Stato, le Regioni, le aziende sanitarie e gli enti locali svolgono funzioni differenti ma interdipendenti, che richiedono adeguate forme di collaborazione e raccordo. Il coordinamento tra i soggetti coinvolti è essenziale per assicurare un'organizzazione coerente dei servizi, favorire l'integrazione degli interventi e garantire la continuità dei percorsi assistenziali, soprattutto in presenza di bisogni complessi che richiedono il coinvolgimento di più professionisti e servizi.
- **Valorizzazione delle competenze e della professionalità degli operatori sanitari.** La qualità dell'assistenza dipende dalla preparazione tecnico-scientifica dei professionisti, dall'aggiornamento continuo delle competenze e dalla capacità di lavorare in équipe. Altrettanto importanti sono le abilità comunicative e relazionali, necessarie per instaurare un rapporto di fiducia con i

pazienti e favorire la collaborazione tra le diverse figure professionali.

- **Integrazione sociosanitaria.** La tutela della salute richiede il raccordo tra gli interventi sanitari e quelli sociali, in particolare quando le condizioni cliniche si accompagnano a fragilità economiche, abitative, familiari o relazionali. L'integrazione sociosanitaria mira a offrire risposte coordinate ai bisogni della persona, favorendo la continuità tra prevenzione, cura, riabilitazione e sostegno nella vita quotidiana.

2. LE TRASFORMAZIONI IN ATTO: PROGRAMMAZIONE SANITARIA, PREVENZIONE E ACCESSIBILITÀ ALLE CURE

Il SSN è oggi chiamato ad affrontare trasformazioni profonde, in un contesto caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche, dalle difficoltà economiche di numerose famiglie, dalle disuguaglianze territoriali e dalla crescente domanda di assistenza. Queste dinamiche rendono necessario un aggiornamento degli strumenti di programmazione e una maggiore integrazione tra politiche sanitarie, sociali, ambientali e del lavoro.

2.1 Il nuovo Piano Sanitario Nazionale e la necessità di una programmazione coerente

La definizione di un nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN), entro il 2026, rappresenta un passaggio rilevante per individuare strategie e priorità capaci di preservare i principi fondamentali del SSN in una fase di forte pressione economica e organizzativa.

L'ultimo Piano Sanitario Nazionale risale ormai al periodo 2006-2008. La legge n. 833 del 1978 ne prevedeva la definizione con cadenza triennale; tuttavia, negli ultimi vent'anni si sono susseguiti numerosi provvedimenti, programmi e piani di settore, senza garantire una programmazione na-

zionale complessiva e continuativa. Il PSN avrebbe dovuto costituire un riferimento per i Piani Sanitari Regionali (PSR), con l'obiettivo di individuare le principali criticità e favorire una maggiore uniformità degli interventi e delle risorse sul territorio nazionale.
La programmazione regionale si è così sviluppata in modo disomogeneo: nel 2025, soltanto dieci Regioni disponevano di un piano integrato.
Il nuovo PSN, secondo le informazioni disponibili, sarebbe in fase avanzata di elaborazione, ma restano da chiarire diversi aspetti relativi ai suoi contenuti e alle modalità della sua attuazione. Parallelamente, si discute della possibilità di ridimensionare il ruolo del sistema pubblico e di rafforzare il cosiddetto secondo pilastro, rappresentato dalle assicurazioni sanitarie integrative. Si tratta di una questione rilevante, soprattutto in un Paese caratterizzato da una crescita economica limitata, dall'invecchiamento della popolazione e da livelli di povertà ancora elevati, dove la capacità delle famiglie di sostenere direttamente le spese sanitarie può incidere significativamente sulle opportunità di accesso alle cure.
La sfida principale consiste, pertanto, nel preservare il carattere universalistico del SSN, fondato sui principi precedentemente richiamati (universalità, uguaglianza ed equità). A ciò si aggiunge la necessità di considerare gli effetti delle crisi globali e dei cambiamenti ambientali sulla salute della popolazione, che richiedono un approccio programmatorio integrato.
Tra le principali criticità attuali emerge la separazione tra programmazione sanitaria e sociale. Anche il Piano sociale nazionale 2024-2026[1] rischia di risultare, almeno in parte, non pienamente rispondente all'evoluzione dei bisogni della popolazione e all'emergere di nuove problematiche.

1 Cfr. https://lavoro.gov.it/temi-e-priorita-poverta-ed-esclusione-sociale/focus/piano-nazionale-interventi-e-servizi-sociali

È quindi necessario che il nuovo PSN presenti obiettivi chiari, priorità definite e strumenti operativi verificabili, affinché le indicazioni programmatiche possano tradursi in interventi concreti, evitando di rimanere prevalentemente formali.
Un'ulteriore criticità riguarda il personale sanitario, in particolare la carenza di infermieri, la difficoltà di reperire medici nei servizi di emergenza-urgenza e le problematiche che interessano la medicina generale. Il rafforzamento delle risorse umane rappresenta una condizione essenziale per garantire l'effettiva attuazione delle strategie previste dal Piano. In assenza di interventi concreti per affrontare tali carenze, il nuovo PSN rischia di non produrre risultati significativi, perpetuando o aggravando i ritardi e le difficoltà organizzative già presenti nel settore.
È inoltre necessario interrogarsi sull'adeguatezza delle risorse destinate all'attuazione del Piano e sul coinvolgimento dei soggetti interessati, compreso il Terzo settore, il cui contributo potrebbe risultare importante nella risposta ai bisogni delle comunità.

2.2 Il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 (PNP), approvato con intesa Stato-Regioni del 21 maggio 2026[2], mira a coordinare gli interventi di prevenzione e promozione della salute su tutto il territorio nazionale. Individua 14 aree di intervento, che comprendono la scuola, le comunità, i luoghi di lavoro, le dipendenze, gli screening oncologici e l'ambiente. Il Piano punta a garantire il raggiungimento di determinati standard prioritari attraverso la realizzazione di Programmi Predefiniti (PP), definiti sulla base degli indirizzi nazionali e adattati alle specificità e alle caratteristiche dei contesti regionali.

2 Per approfondimenti consultare la pagina: https://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/pnp-2026-2031

L'impostazione del PNP si fonda su alcuni principi fondamentali. Il primo è l'approccio *One Health*, che riconosce l'interconnessione tra salute umana, salute animale, ambiente ed ecosistemi. Il secondo è il principio *Health in All Policies*, secondo cui la tutela della salute deve essere considerata in tutte le decisioni pubbliche, anche in ambiti diversi da quello sanitario. A tal fine, il Piano prevede di rafforzare la collaborazione tra le istituzioni attraverso la costituzione di tavoli interistituzionali, con l'obiettivo di integrare la salute nelle diverse politiche pubbliche.
Il Piano pone inoltre al centro la persona e adotta un approccio *life-course*, che considera la salute lungo tutto l'arco della vita, e un approccio per *setting*, riferito ai diversi contesti nei quali le persone vivono, studiano e lavorano, con particolare attenzione alla promozione di condizioni favorevoli alla salute e alla riduzione delle disuguaglianze.
Un ulteriore elemento è rappresentato dall'*empowerment* individuale e comunitario, inteso come rafforzamento della consapevolezza, delle capacità e della partecipazione delle persone e delle comunità alle decisioni che riguardano la salute. L'obiettivo è promuovere non soltanto comportamenti consapevoli, ma anche condizioni sociali che favoriscano concretamente il benessere.
Il PNP prevede inoltre di rafforzare il coordinamento tra i livelli nazionale, regionale e locale attraverso gruppi di lavoro e tavoli interistituzionali, di integrare le politiche di prevenzione con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di utilizzare strumenti digitali per migliorare il monitoraggio e la tempestività degli interventi. Particolare attenzione è rivolta alla realizzazione di azioni sostenibili, intersettoriali e partecipate, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario.
Si tratta di obiettivi condivisibili, la cui efficacia dipenderà tuttavia dalla capacità di tradurli in interventi concreti, sostenibili e verificabili. È auspicabile, in particolare, che la partecipazione delle associazioni di volontariato e degli enti del Terzo settore, prevista nell'ambito della collaborazione

tra i diversi soggetti della comunità, trovi un'effettiva applicazione. Queste realtà possono infatti contribuire alla diffusione delle informazioni, all'individuazione dei bisogni e alla promozione della salute, soprattutto tra le persone più vulnerabili e maggiormente esposte al rischio di esclusione.

2.3 Il governo delle liste d'attesa e la tutela del diritto alle prestazioni

Le liste d'attesa costituiscono una delle questioni più rilevanti per l'effettiva tutela del diritto alla salute. Una prestazione formalmente garantita perde infatti parte della sua efficacia quando viene erogata oltre i tempi clinicamente appropriati o quando il cittadino è costretto a rivolgersi al privato per evitare ritardi incompatibili con le proprie condizioni.

Il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028 conferma alcune tutele già previste e introduce nuove misure per migliorare l'accessibilità alle prestazioni sanitarie e garantire una maggiore trasparenza nella gestione delle prenotazioni.

Per le prestazioni ambulatoriali, la definizione dei tempi di accesso si basa sulle classi di priorità clinica, attribuite dal medico in relazione alle condizioni del paziente e al quesito diagnostico. Le classi previste sono quattro: urgente (U), entro 72 ore; breve (B), entro 10 giorni; differibile (D), entro 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; programmabile (P), entro 120 giorni. Questa articolazione mira a garantire che le prestazioni siano erogate in tempi coerenti con il bisogno clinico, attribuendo precedenza alle situazioni che richiedono un intervento più tempestivo.

Qualora non sia disponibile un appuntamento entro i tempi previsti, l'azienda sanitaria competente deve attivare un percorso di tutela, proponendo una soluzione alternativa entro i termini stabiliti. La richiesta viene registrata in una prelista e il cittadino può essere indirizzato verso strutture pubbliche, private accreditate o prestazioni in regime di

attività libero-professionale intramuraria, secondo le procedure applicabili e con il pagamento del solo ticket, quando dovuto.
Un aspetto centrale riguarda il funzionamento dei Centri Unici di Prenotazione (CUP). Il Piano prevede che le agende delle strutture sanitarie confluiscano nel sistema di prenotazione, evitando sospensioni o chiusure che impediscano ai cittadini di accedere alle prestazioni. Il monitoraggio delle agende e delle preliste è affidato anche alla piattaforma nazionale di AGENAS. In caso di agende chiuse o indisponibilità delle prenotazioni, il cittadino può chiedere la documentazione relativa al disservizio e segnalarlo agli uffici competenti.
Il CUP deve inoltre favorire una gestione più efficiente degli appuntamenti attraverso l'invio di promemoria e la richiesta di conferma o cancellazione. La disdetta deve essere effettuata almeno due giorni prima della prestazione; in caso di mancata disdetta, può essere richiesto il pagamento del ticket anche alle persone normalmente esenti, secondo le disposizioni applicabili.
Per le persone con patologie croniche e oncologiche sono previsti percorsi dedicati e agende specialistiche, con l'obiettivo di garantire una maggiore continuità assistenziale. Anche la telemedicina, attraverso televisite e teleconsulto, rappresenta uno strumento utile per migliorare l'accessibilità alle cure. Tali prestazioni devono assicurare la documentazione clinica e le prescrizioni previste, nel rispetto delle modalità applicabili e dell'appropriatezza clinica.
Il Piano disciplina inoltre i ricoveri programmati, che avvengono a seguito della valutazione specialistica e dell'accettazione consapevole da parte del paziente. I tempi massimi di attesa variano in base alla priorità clinica e possono essere compresi tra 30 e 180 giorni. In caso di superamento dei tempi previsti, il cittadino può richiedere una soluzione alternativa, secondo le procedure applicabili, tutelando la propria posizione nella lista d'attesa.

La trasparenza e il monitoraggio costituiscono ulteriori strumenti di tutela. Le Regioni devono pubblicare sui propri siti istituzionali i tempi di attesa, consentendo ai cittadini di consultare le informazioni disponibili e verificare eventuali criticità. La piattaforma nazionale AGENAS contribuisce al controllo delle agende e delle preliste, sebbene il monitoraggio dei singoli disservizi possa presentare alcuni limiti.
In caso di irregolarità o difficoltà nell'accesso alle prestazioni, il cittadino può utilizzare gli appositi moduli per attivare le procedure di tutela, richiedere strutture alternative o contestare eventuali richieste di pagamento del ticket. La documentazione deve essere trasmessa attraverso i canali indicati dall'amministrazione competente, tra cui, ove previsto, la posta elettronica certificata (PEC) o la raccomandata.

2.4 Il PNRR e il rafforzamento dell'assistenza territoriale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) finanzia la Missione 6 (Salute) con risorse complessive comprese tra circa 15,6 e 19,7 miliardi di euro, considerando i fondi europei e quelli complementari. Gli interventi sono finalizzati, in particolare, al rafforzamento dell'assistenza territoriale, delle cure domiciliari, della telemedicina e della digitalizzazione del sistema sanitario.
Tra gli interventi principali rientrano:

1. **Case della Comunità:** presidi fisici destinati a rafforzare l'assistenza primaria attraverso la presenza e la collaborazione di professionisti di diverse discipline, con un'organizzazione che prevede un'apertura di 12 o 24 ore.
2. **Ospedali di Comunità:** strutture intermedie a gestione prevalentemente infermieristica, destinate a ricoveri brevi, in particolare dopo la fase acuta di una malattia o in situazioni che richiedono un'assistenza a bassa intensità clinica e non necessitano di un ricovero ospedaliero ordinario.
3. **Assistenza domiciliare:** potenziamento delle cure a domicilio, con l'obiettivo di prendere in carico almeno il

10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 2026.

4. **Telemedicina:** sviluppo di piattaforme regionali e nazionali per l'erogazione di televisite, teleconsulto e monitoraggio a distanza, nell'ambito del modello di assistenza territoriale delineato anche dal decreto ministeriale n. 77/2022.[3]
5. **Digitalizzazione e ammodernamento ospedaliero:** aggiornamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ammodernamento delle tecnologie e delle dotazioni ospedaliere, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari.

Nonostante le opportunità offerte da questi interventi, permangono criticità significative, soprattutto per quanto riguarda la carenza di personale sanitario e i vincoli di spesa, che rischiano di compromettere la gestione ordinaria delle nuove strutture una volta conclusa la fase straordinaria degli investimenti del PNRR.

A queste difficoltà si aggiunge l'incertezza relativa alle risorse future del Fondo sanitario nazionale, il cui andamento rispetto ai bisogni crescenti del sistema solleva preoccupazioni sulla sostenibilità della spesa corrente e sulla capacità delle Regioni di garantire la continuità dei servizi.

Rimangono inoltre le difficoltà, storicamente presenti nel SSN, nel raccordo tra ospedale e territorio. L'effettiva attuazione del decreto ministeriale n. 77/2022 richiede infatti non soltanto la realizzazione delle strutture previste, ma anche un'organizzazione capace di garantire la collaborazione tra professionisti, servizi territoriali e strutture ospedaliere.

2.5 L'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

3 Cfr. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf

è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento del ticket, secondo le condizioni previste dalla normativa vigente.

Con i provvedimenti pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026*, il quadro dei LEA è stato aggiornato attraverso modifiche e integrazioni al DPCM 12 gennaio 2017[4]. Le novità riguardano circa 800 tipologie di prestazioni, servizi e terapie, con interventi in diversi ambiti, tra cui la prevenzione, l'oncologia, la gravidanza, le malattie rare e croniche, l'assistenza specialistica e quella protesica. L'ampliamento delle prestazioni previste rappresenta un'opportunità per rafforzare la tutela della salute e ampliare i diritti dei cittadini. Tuttavia, come sottolineato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), sarà fondamentale accompagnare le nuove disposizioni con risorse adeguate, un'organizzazione efficace e un attento monitoraggio, affinché le prestazioni previste siano realmente accessibili su tutto il territorio nazionale[5].

L'ampliamento dei LEA comporta infatti nuovi impegni organizzativi ed economici per le Regioni. In assenza di finanziamenti sufficienti e di un'adeguata capacità organizzativa, il rischio è che le differenze già esistenti tra i territori si

4 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono stati aggiornati attraverso due provvedimenti normativi principali, entrambi pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026 e in vigore dal 30 ottobre 2026: *DPCM 7 agosto 2026* (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri): definisce l'aggiornamento complessivo dei LEA, introducendo le modifiche e le integrazioni strutturali al precedente DPCM 12 gennaio 2017; *Decreto del Ministro della Salute 3 agosto 2026*: approva nello specifico le modifiche relative all'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ai relativi nomenclatori.

5 Le citazioni del Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, provengono dal comunicato ufficiale della Federazione, "Nuovi LEA, Anelli (FNOMCeO): "Passo importante per i cittadini, investire di più per garantire a tutti le cure", pubblicato il 1°Ottobre 2026. Le due citazioni inserite nel testo sono riportate nel comunicato.

accentuino, generando ulteriori disuguaglianze nell'accesso alle cure. Risulta quindi necessario investire nella sanità pubblica, affinché il rafforzamento delle prestazioni garantite non produca effetti contrari agli obiettivi di equità e uniformità che il provvedimento intende perseguire.
In questa prospettiva, assume particolare rilevanza anche la posizione espressa dal Segretario nazionale degli specialisti ambulatoriali, secondo cui i LEA sono effettivamente garantiti soltanto quando i cittadini possono accedere alle prestazioni in tempi appropriati, indipendentemente dalla Regione di residenza e senza essere costretti a rivolgersi al privato sostenendone direttamente i costi[6].
L'aggiornamento dei LEA, pertanto, non può essere valutato esclusivamente in relazione al numero delle prestazioni introdotte, ma deve essere accompagnato da interventi concreti che ne garantiscano l'effettiva erogazione.

3. LE CRITICITÀ DEL SSN E LE DISUGUAGLIANZE NELL'ACCESSO ALLE CURE

Il 9° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale della Fondazione GIMBE, presentato il 7 ottobre 2026 alla Camera dei Deputati, descrive un quadro di profonda crisi della sanità pubblica italiana. Secondo il rapporto, i principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità risultano fortemente indeboliti dal sottofinanziamento strutturale e dalla grave carenza di personale sanitario.
I dati riportati nel testo evidenziano diverse criticità economiche e organizzative che incidono sulla capacità del SSN di garantire un accesso equo e tempestivo alle prestazioni,

6 Dall'articolo di Quotidiano Sanità, intitolato "Magi (Sumai): "*Bene aggiornamento Lea. Ma chi garantirà le prestazioni ai cittadini*"?, pubblicato il 1° Ottobre 2026. La dichiarazione è attribuita ad Antonio Magi, segretario generale del SUMAI Assoprof.

con conseguenze dirette per i cittadini e, in particolare, per le persone in condizioni di maggiore vulnerabilità.

3.1. Il bilancio economico e i "tagli invisibili"

Uno dei principali problemi riguarda l'insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni del sistema sanitario. Il rapporto richiama 18,8 miliardi di euro di cosiddetti «tagli invisibili» negli ultimi quattro anni. Si tratta della perdita di finanziamento rispetto alla crescita della ricchezza nazionale: sebbene il Fondo sanitario aumenti in valore assoluto, la sua incidenza rispetto al prodotto interno lordo (PIL) diminuisce, limitando la capacità del sistema di rispondere alla crescente domanda di assistenza.

Le prospettive per gli anni successivi destano ulteriori preoccupazioni. Per il periodo 2027-2029 viene stimato un divario cumulativo di 32,3 miliardi di euro tra le risorse attualmente previste e le necessità di spesa del sistema sanitario. Tale situazione rischia di compromettere ulteriormente la disponibilità delle prestazioni, il potenziamento dei servizi e il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

A queste criticità si aggiunge il peso crescente della spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie. Nel 2025, la spesa *out-of-pocket*, cioè pagata direttamente dai cittadini, ha raggiunto i 42,4 miliardi di euro. Di fronte a tempi di attesa eccessivi o alla difficoltà di accedere alle prestazioni attraverso il servizio pubblico, il ricorso al privato diventa spesso una necessità piuttosto che una libera scelta.

3.2. Le disuguaglianze territoriali e la rinuncia alle cure

Il diritto alla tutela della salute risulta sempre più condizionato dalla disponibilità economica e dal luogo di residenza. Le differenze territoriali nell'organizzazione dei servizi e nella disponibilità delle prestazioni determinano infatti opportunità di accesso diseguali, anche in presenza di bisogni sanitari analoghi.

Tra le principali criticità viene evidenziato nel rapporto GIMBE, l'aumento della mobilità sanitaria, che costringe numerosi cittadini a spostarsi verso altre Regioni per ricevere le cure necessarie, e la rinuncia a visite ed esami a causa delle liste d'attesa eccessivamente lunghe o dei costi insostenibili delle prestazioni private[7].
Questi fenomeni evidenziano come il riconoscimento formale del diritto alla salute non sia sufficiente a garantirne l'effettivo esercizio. Quando l'accesso alle cure dipende dalla possibilità di sostenere spese private o di affrontare spostamenti anche considerevoli, le disuguaglianze economiche e territoriali si traducono in disuguaglianze sanitarie.
Le conseguenze sono particolarmente rilevanti per le persone anziane, per chi convive con patologie croniche o disabilità e per le famiglie in condizioni di difficoltà economica, che possono incontrare maggiori ostacoli nell'accesso alle prestazioni e nella continuità dei percorsi assistenziali.

3.3. La carenza di personale e le difficoltà organizzative

Un'altra criticità fondamentale riguarda la grave carenza di personale sanitario, aggravata dall'insufficienza degli inve-

7 Il rapporto fa riferimento agli indicatori sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'ISTAT. In particolare, nel 2025 il 9,6% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad una o più prestazioni sanitarie, pari a 5,6 milioni di persone; il dato, in linea con l'anno precedente (9,9%), risulta decisamente più alto rispetto al 7,6% del 2023 (4,5 milioni di persone) e al 7% del 2022 (4,1 milioni di persone). Secondo la definizione ISTAT, rientrano in questa categoria le persone che dichiarano di aver rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o a esami diagnostici pur avendone necessità, a causa di almeno uno dei seguenti motivi: tempi di attesa troppo lunghi, problemi economici (impossibilità di pagare, costi eccessivi), difficoltà di accesso (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi). Le lunghe liste di attesa restano il motivo prevalente della rinuncia (6,5%), seguito dal costo economico delle prestazioni (5,2%), mentre solo l'1,4% dichiara che ha rinunciato per motivi legati alla scomodità. Cfr. Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia (Bes) – Edizione 2026 – Istat.

stimenti destinati a rafforzare gli organici. La disponibilità di professionisti rappresenta infatti una condizione indispensabile per garantire la continuità dell'assistenza, ridurre i tempi di attesa e assicurare un'adeguata presa in carico dei pazienti. A queste difficoltà si aggiungono i dubbi e i ritardi relativi all'attuazione della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), destinata al rafforzamento del sistema sanitario, e le criticità riguardanti i criteri di ripartizione delle risorse economiche tra le Regioni.
Gli investimenti previsti dal PNRR rappresentano un'opportunità per migliorare l'assistenza territoriale e potenziare le strutture sanitarie, ma la loro efficacia dipende dalla capacità di tradurre le risorse stanziate in servizi realmente operativi. La carenza di personale, l'insufficienza dei finanziamenti destinati alla gestione ordinaria e le difficoltà organizzative rischiano di compromettere il raggiungimento degli obiettivi previsti.

4. IL RUOLO DI CARITAS NEL CONTRASTO ALLA POVERTÀ SANITARIA

La rete Caritas in Italia svolge un ruolo significativo nella promozione della salute e nel contrasto alle diverse forme di vulnerabilità che possono compromettere il benessere delle persone. Grazie alla presenza capillare sul territorio e alla capacità di intercettare situazioni di disagio spesso poco visibili, rappresenta un punto di riferimento per coloro che incontrano difficoltà nell'accesso alle cure, nella tutela della salute (fisica e mentale) e nella fruizione dei servizi socio-sanitari. Il suo intervento si rivolge in particolare alle persone che vivono condizioni di povertà economica, esclusione sociale, isolamento o marginalità e che, per ragioni economiche, sociali, culturali o amministrative, rischiano di rimanere escluse dai percorsi ordinari di assistenza. Il contributo Caritas si sviluppa principalmente in cinque ambiti.

4.1. Antenna territoriale e bassa soglia di accesso

I centri di ascolto e le strutture di prossimità rappresentano strumenti fondamentali per intercettare situazioni di vulnerabilità sanitaria e sociale. Il contatto diretto consente di far emergere bisogni che non sempre trovano risposta nei percorsi istituzionali, soprattutto tra le persone senza dimora, gli individui in condizioni di grave povertà e le persone straniere che incontrano ostacoli amministrativi o linguistici[8]. L'ascolto permette di comprendere la complessità delle situazioni individuali e familiari, considerando anche i determinanti sociali della salute, ovvero le condizioni economiche, abitative, lavorative e relazionali che influenzano il benessere e le possibilità di accesso a cure adeguate. In questa prospettiva, la funzione di prossimità assume particolare rilevanza nell'individuare gli ostacoli che rischiano di escludere le persone più vulnerabili dai percorsi di assistenza. L'accompagnamento può quindi comprendere attività di orientamento verso i servizi sanitari, i Dipartimenti di salute

8 Nel 2025, su un totale di 282.539 persone incontrate dalla rete dei centri e servizi informatizzati, il 16,1% ha manifestato fragilità sanitarie o richieste di aiuto specifiche legate alla salute, per un totale di circa 45.000 persone. Il dato assume particolare rilevanza se letto in una prospettiva temporale. Tra il 2015 e il 2025, le persone con fragilità sanitarie sono aumentate del 69%, a fronte di una crescita del 48% del numero complessivo delle persone incontrate dalla rete. La crescita delle fragilità sanitarie è dunque più accentuata rispetto all'aumento complessivo delle persone accolte: un segnale che richiama l'attenzione sul peso crescente dei bisogni di salute nelle situazioni di povertà intercettate da Caritas. Nel medesimo periodo, i casi di depressione sono aumentati del 154% e le persone con disabilità del 102%. Emergono inoltre problematiche di salute generiche, patologie croniche, comprese quelle cardiovascolari e oncologiche, e bisogni odontoiatrici. Questi dati descrivono una realtà nella quale le difficoltà economiche si accompagnano sempre più spesso a condizioni di salute che possono compromettere l'autonomia personale, le relazioni sociali e la possibilità di partecipare pienamente alla vita della comunità. Per approfondire la lettura del bisogno e delle fragilità sanitarie intercettate dalla rete Caritas si rimanda a: Caritas Italiana, 2026, *La povertà in Italia secondo i dati della rete Caritas*, Quarto report statistico nazionale 2026, Teramo, Palumbi.

mentale e i servizi sociali territoriali, favorendo l'accesso alle prestazioni e la continuità assistenziale.

4.2. Una visione integrale della salute e della sofferenza mentale

Nell'approccio di Caritas, la salute mentale rappresenta una componente essenziale del benessere della persona, strettamente legata alle condizioni economiche, abitative e relazionali. Povertà, bassi livelli di istruzione, solitudine ed esclusione sociale possono aggravare il disagio psicologico, mentre la sofferenza mentale può aumentare il rischio di isolamento e marginalità[9]. Promuovere la salute mentale significa, pertanto, non limitarsi a favorire l'accesso alle cure, ma sostenere le persone e le famiglie attraverso percorsi di accompagnamento e inclusione sociale. In questo ambito, la collaborazione con i servizi sanitari e sociali e il coinvolgimento della comunità contribuiscono a contrastare lo stigma e a favorire risposte adeguate ai bisogni rilevati.

4.3. Interventi concreti contro la povertà sanitaria

La povertà sanitaria comprende le condizioni economiche e sociali che impediscono o rendono difficoltoso l'accesso alle prestazioni necessarie per tutelare la salute. Le difficoltà economiche possono indurre le persone a rinviare visite ed esami, rinunciare alle cure odontoiatriche, interrompere percorsi terapeutici o incontrare ostacoli nell'acquisto dei farmaci. Per rispondere a queste esigenze, Caritas promuove, in diversi territori, ambulatori medici e specialistici, sportelli psicologici, prestazioni odontoiatriche gratuite, iniziative di raccolta e distribuzione di farmaci, unità mobili e attività di assistenza di strada. Il valore di tali iniziative

9 Al nesso tra povertà e salute mentale è stata recentemente dedicata una pubblicazione curata da Caritas Italiana in collaborazione con la *Conferenza Permanente per la Salute mentale nel Mondo Franco Basaglia* (2026) dal titolo "Povertà e salute mentale. Relazione circolare e diritti negati, Todi, Tau Editrice; cfr. www.caritas.it.

risiede anche nella capacità di individuare bisogni più ampi e orientare le persone verso i servizi competenti. L'azione di Caritas si configura quindi come un sostegno integrativo rispetto al sistema sanitario pubblico, volto a raggiungere le persone maggiormente esposte al rischio di esclusione, senza sostituire le responsabilità delle istituzioni.

4.4. Integrazione socio-sanitaria e collaborazione con le strutture territoriali

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso lo sviluppo delle Case della Comunità, rende sempre più importante la collaborazione tra istituzioni pubbliche, servizi sanitari, servizi sociali e realtà del Terzo settore. In questo contesto, Caritas può svolgere una funzione di raccordo tra le persone in condizione di fragilità e la rete dei servizi, facilitando l'orientamento e l'accesso ai percorsi di assistenza. Protocolli d'intesa, accordi di collaborazione e forme di co-progettazione possono favorire l'accompagnamento delle persone vulnerabili e la continuità degli interventi, soprattutto quando coesistono problemi sanitari, disagio psicologico e difficoltà sociali. Un'efficace integrazione richiede modalità operative condivise, canali di comunicazione adeguati e una chiara definizione delle competenze e delle responsabilità dei soggetti coinvolti.

4.5. Monitoraggio delle disuguaglianze e attività di advocacy

L'esperienza maturata quotidianamente nei territori consente a Caritas di individuare le principali difficoltà che ostacolano l'accesso alle cure, tra cui i costi delle prestazioni, gli impedimenti burocratici, la frammentazione e/o l'insufficienza dei servizi e la carenza di reti familiari e sociali. Attraverso rapporti, rilevazioni, attività di sensibilizzazione e interlocuzione con le istituzioni, Caritas può contribuire a portare all'attenzione pubblica i bisogni insoddisfatti e a promuovere interventi più rispondenti alle necessità.

Questa funzione di monitoraggio e advocacy permette di valorizzare le esperienze raccolte sul campo e di evidenziare le condizioni che alimentano le disuguaglianze sanitarie e sociali.

5. LA RETE DEGLI AMBULATORI CARITAS IN ITALIA: LA RILEVAZIONE NAZIONALE DEL 2026

Per comprendere concretamente la dimensione dell'intervento sanitario promosso dalla rete Caritas in Italia è utile esaminare i risultati della prima rilevazione nazionale degli ambulatori e degli studi medici promossi dalle Caritas diocesane, realizzata da Caritas Italiana tra marzo e maggio 2026. Tra le diocesi rispondenti alla rilevazione (200 su 218), 89 hanno dichiarato di disporre di uno o più ambulatori, per un totale di 110 strutture censite. I dati descrivono una rete articolata, con differenze territoriali, organizzative e nelle prestazioni offerte, e consentono di approfondire il contributo degli ambulatori Caritas nel contrasto alla povertà sanitaria.

5.1. Una presenza diffusa, ma territorialmente disomogenea

Le 110 realtà censite sono distribuite in tutte le principali aree geografiche del Paese: 43 risultano nel Mezzogiorno (39,1%), 40 nel Nord (il 36,4% del totale) e 27 (24,5%) nel Centro. La distribuzione mostra quindi una presenza particolarmente significativa (la più alta) nelle regioni meridionali, dove la rete degli ambulatori costituisce spesso un punto di riferimento per persone e famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità, anche alla luce delle fragilità del sistema sanitario regionale che caratterizza le regioni di Sud e Isole. A livello territoriale, le regioni con il maggior numero di ambulatori sono la Campania (12), la Puglia (11), le Marche (11)

e il Lazio (10)[10]. La presenza della rete non coincide necessariamente con un solo ambulatorio per diocesi; in alcuni territori diocesani, infatti, sono state censite più strutture (fino a un massimo di 5).

TABELLA 1. *Ambulatori/studi medici Caritas per regione ecclesiastica e macroregione (v.a.) - Anno 2026*

Regione ecclesiastica	N.
Abruzzo-Molise	3
Calabria	5
Campania	12
Emilia - Romagna	10
Lazio	10
Liguria	6
Lombardia	9
Marche	11
Piemonte - Valle d'Aosta	9
Puglia	11
Sardegna	7
Sicilia	5
Toscana	5
Triveneto	6
Umbria	1
Nord	40
Centro	27
Mezzogiorno	43
Totale	**110**

Fonte: Caritas Italiana

5.2. Organizzazione e gestione delle strutture

La rilevazione evidenzia un forte radicamento degli ambulatori nell'organizzazione ecclesiale locale. Nel 45,5% dei casi la gestione è affidata a un ente strumentale o a un soggetto

10 Gli ambulatori/studi medici Caritas sono presenti in 15 regioni ecclesiastiche su 16; solo la Basilicata non dispone di servizi di questo tipo.

operativo collegato alla realtà ecclesiale, mentre nel 36,6% è svolta direttamente dalla diocesi/Caritas diocesana; soltanto 18 realtà dichiarano una gestione affidata a un soggetto esterno. La rete appare quindi fortemente radicata nell'organizzazione ecclesiale locale. Gli ambulatori non sembrano costituire esperienze isolate, ma si inseriscono generalmente in un sistema più ampio di interventi di prossimità che comprende Centri di Ascolto, servizi di distribuzione, empori della solidarietà, centri di accoglienza e altre forme di accompagnamento dove spesso vengono intercettate anche le fragilità di ordine sanitario. Questo è particolarmente significativo dal punto di vista del legame tra povertà e salute. La possibilità di intercettare una persona in difficoltà attraverso un servizio non strettamente sanitario può infatti consentire di riconoscere bisogni di salute che si intrecciano con problemi abitativi, economici, lavorativi, familiari o amministrativi. La salute, in questo senso, emerge non come una dimensione separata dalla condizione sociale, ma come una componente strettamente connessa alla vulnerabilità complessiva della persona.

5.3. Dalla medicina generale alla multidisciplinarietà

Le attività offerte dagli ambulatori presentano una notevole varietà. Tra i servizi che hanno risposto alla domanda relativa alla tipologia, 43 sono classificati come ambulatori medici polispecialistici, 22 come ambulatori mono-specialistici, 24 come studi medici e 14 rientrano nella categoria "altro".

TABELLA 2. *Ambulatori/studi medici Caritas per tipologia (v.a.) - Anno 2026*

	N.
Ambulatorio medico polispecialistico	43
Ambulatorio medico mono-specialistico	22
Studio medico	24
Altro	14
Totale	103

Mancate risposte: 7
Fonte: Caritas Italiana

Tra le specializzazioni più frequentemente presenti figurano cardiologia, oculistica e odontoiatria, ciascuna indicata da 18 realtà, seguite da ginecologia e ostetricia (16), dermatologia e pediatria (13), medicina generale (11), ortopedia (10) e neurologia (9). Sono inoltre presenti servizi di ecografia, chirurgia, endocrinologia, otorinolaringoiatria, urologia, psichiatria, nefrologia, pneumologia, psicologia e psicoterapia (Tab. 3).
La varietà delle prestazioni suggerisce che, in diversi territori, la risposta Caritas abbia assunto una configurazione che va oltre la semplice possibilità di effettuare una visita medica. Gli ambulatori possono infatti offrire un insieme articolato di prestazioni diagnostiche e specialistiche, contribuendo a intercettare bisogni sanitari del tutto differenti ed eterogenei.
Questo dato assume particolare rilievo se letto alla luce del fenomeno della povertà sanitaria. Le difficoltà economiche possono infatti tradursi non soltanto nella rinuncia alle cure, ma anche nella difficoltà di sostenere il costo di prestazioni specialistiche, esami diagnostici o cure odontoiatriche. La disponibilità di un'offerta gratuita o fortemente solidaristica può quindi rappresentare, per alcune persone, una possibilità concreta di accesso a prestazioni altrimenti difficilmente sostenibili.

TABELLA 3. *Ambulatori/studi medici Caritas per principali specializzazioni (v.a.) - Anno 2026*

	N.
Cardiologia	18
Oculistica	18
Odontoiatria	18
Ginecologia e Ostetricia	16
Dermatologia	13
Pediatria	13
Medicina generale	11
Ortopedia	10
Neurologia	9
Ecografia	8

Chirurgia	7
Endocrinologia	7
Otorinolaringoiatria	7
Urologia	7

Fonte: Caritas Italiana

5.4. La crescita delle esperienze e il valore della gratuità

I dati relativi all'anno di apertura indicano una presenza significativa di strutture attivate negli anni più recenti. Secondo la tabella della rilevazione, 66 servizi risultano avviati a partire dal 2011 e 34 dal 2021 in poi. Il 2025 registra il numero più elevato di nuove aperture riportate, con 14 strutture.

Nel complesso, i dati suggeriscono quindi un'accelerazione nella nascita di nuovi ambulatori negli anni più recenti, rispetto alla presenza di strutture più datate.

TABELLA 4. *Ambulatori/studi medici Caritas per anno di apertura (v.a.) - Anno 2026*

	N.
Prima del 2000	13
2000-2007	8
2008-2019	38
2020-2026	41
Totale	100

Mancate risposte: 10

Il carattere solidaristico della rete emerge con particolare evidenza osservando il dato relativo al costo delle prestazioni. Nel 95% dei casi le prestazioni risultano completamente gratuite; soltanto in sei realtà vengono offerte sia prestazioni gratuite sia prestazioni a pagamento con prezzi calmierati. La gratuità costituisce dunque uno degli elementi qualificanti dell'esperienza degli ambulatori Caritas. Essa

interviene direttamente su una delle principali barriere economiche all'accesso alle cure, ma non esaurisce il problema della povertà sanitaria. L'accesso ai servizi può infatti essere ostacolato da una pluralità di fattori: oltre al costo delle prestazioni, incidono i tempi di attesa, la difficoltà di orientarsi nel sistema, la condizione amministrativa, la distanza dai servizi, la precarietà abitativa e, più in generale, la disponibilità di risorse economiche, sociali e culturali.

5.6 Chi viene intercettato dalla rete

Il profilo sociale delle persone raggiunte dagli ambulatori conferma la forte connessione tra la rete Caritas e le situazioni di vulnerabilità. Gli ambulatori Caritas si rivolgono prevalentemente a persone che incontrano difficoltà nell'accesso alle cure per ragioni economiche, amministrative o relazionali.

In particolare, l'87,1% delle risposte indica tra i destinatari le persone in condizione di povertà economica; il 77,2% segnala le persone prive di titolo di accesso al Servizio Sanitario Nazionale e il 62,3% le persone non regolarmente soggiornanti in Italia. Le categorie non sono necessariamente mutuamente esclusive: una stessa persona può infatti trovarsi contemporaneamente in una condizione di povertà economica, di vulnerabilità amministrativa e di marginalità sociale.

TABELLA 5. *Ambulatori/studi medici Caritas per principali destinatari (v.a. e % sulle risposte) - Anno 2026*

	Occorrenze	% su 101 risposte
Persone in condizione di povertà economica	93	92,1
Persone prive di titolo di accesso al SSN	78	77,2
Persone non regolarmente soggiornanti in Italia	63	62,3
Altro	12	11,8

Fonte: Caritas Italiana

Nel complesso, emerge una doppia funzione della rete. Da un lato, gli ambulatori intervengono nel contrasto alla povertà sanitaria, offrendo gratuitamente prestazioni a persone che possono incontrare difficoltà economiche nell'accesso alle cure. Dall'altro, intercettano persone che incontrano barriere amministrative o giuridiche nell'accesso al sistema sanitario. In questo senso, gli ambulatori possono svolgere una funzione di "porta di accesso" alla salute, non alternativa al Servizio Sanitario Nazionale, ma in alcuni casi complementare ad esso. La loro funzione può comprendere anche l'orientamento delle persone verso i servizi pubblici e territoriali e, più in generale, l'accompagnamento nell'accesso alle cure.

5.7 Una dimensione significativa dell'intervento

Nel complesso, le strutture che hanno partecipato alla rilevazione dichiarano di avere assistito, nell'arco di un anno, 30.675 persone, di cui il 50,2% di cittadinanza straniera e il 49,8% di cittadinanza italiana. Il dato nazionale presenta tuttavia significative differenze territoriali. Nel Mezzogiorno, la quota di persone di cittadinanza italiana risulta nettamente maggioritaria, raggiungendo il 65,4%; in questa stessa area si concentra il 44% del totale delle persone assistite. Nel Nord prevalgono invece le persone di cittadinanza straniera, sebbene con uno scarto più contenuto, mentre nel Centro queste rappresentano circa i due terzi del totale.

TABELLA 6. *Persone assistite dagli ambulatori/studi medici Caritas per cittadinanza e macroregione (v.a. e %) - Anno 2026*

	Persone di cittadinanza italiana	Persone di cittadinanza straniera	Totale	
Nord	43,6	56,4	100,0	N=9.069
Centro	33,3	66,7	100,0	N=8.112
Mezzogiorno	65,4	34,6	100,0	N=13.494
Italia	49,8	50,2	100,0	N=30.675

Fonte: Caritas Italiana

Il dato evidenzia la rilevanza sociale dell'attività svolta dagli ambulatori Caritas, che raggiunge un numero significativo di persone in condizioni di vulnerabilità. Il numero delle persone assistite, tuttavia, non coincide con quello delle prestazioni erogate e non consente, da solo, di stabilire quante persone abbiano completato un percorso di cura o siano state successivamente prese in carico dal sistema sanitario pubblico.

5.8 Il ruolo strutturale del volontariato

Il funzionamento degli ambulatori Caritas si basa in larga misura sul contributo volontario. Tra le 100 realtà che hanno risposto alla domanda, 78 (78%) dichiarano di utilizzare esclusivamente personale volontario, 20 (20%) impiegano sia personale volontario sia personale retribuito e soltanto 2 dichiarano di utilizzare esclusivamente personale retribuito.

TABELLA 7. *Ambulatori/studi medici Caritas per tipo di personale impiegato (v.a. e %) - Anno 2026*

	N.	%
Personale volontario e retribuito	20	20,0
Personale retribuito	2	2,0
Personale volontario	78	78,0
Totale	**100**	**100,0**

Fonte: Caritas Italiana
Mancate risposte: 10

Il volontariato costituisce quindi una risorsa essenziale per la rete. Medici, specialisti, infermieri e altre figure possono mettere a disposizione competenze professionali e tempo, consentendo di offrire prestazioni che altrimenti sarebbero difficilmente sostenibili. Questa disponibilità esprime una forma significativa di solidarietà comunitaria, ma pone anche questioni relative alla continuità dei servizi, alla disponibilità delle professionalità, all'organizzazione delle attività e alla sostenibilità nel lungo periodo. Un modello fondato prevalentemente sul volontariato può infatti risentire della difficoltà di reperire professionisti, del ricambio generazionale e della necessità di conciliare l'attività solidale con

gli impegni lavorativi. La valorizzazione del volontariato dovrebbe pertanto essere accompagnata da adeguati strumenti organizzativi, formazione, supervisione e collaborazione con i servizi pubblici, nel rispetto delle competenze e degli obblighi professionali.

5.9 Le fonti di finanziamento e il rapporto con gli enti pubblici

La sostenibilità economica degli ambulatori appare fortemente legata alle risorse della diocesi, della Caritas diocesana, degli enti gestori e delle parrocchie. Questa fonte di finanziamento è indicata da 88 realtà su 101 rispondenti, pari all'87,1%.
Seguono le donazioni private, segnalate da 51 strutture, pari al 50,5%. Soltanto 21 realtà, pari al 20,8%, dichiarano finanziamenti o convenzioni con enti pubblici, quali Comuni, ASL o Regioni. Le risposte possono comprendere più fonti di finanziamento per la stessa struttura. Questo elemento rappresenta un possibile ambito di riflessione: il ruolo svolto dagli ambulatori nell'accesso alle cure e nell'intercettazione dei bisogni delle persone più vulnerabili potrebbe essere maggiormente riconosciuto e integrato nelle reti territoriali di prevenzione, cura e presa in carico, anche attraverso forme più strutturate di collaborazione con il sistema pubblico, assicurando qualità, trasparenza, sostenibilità e chiarezza delle responsabilità.

TABELLA 8. *Ambulatori/studi medici per tipo di finanziamento (v.a. e %)*

	N.	% su 101
Dalla Diocesi / Caritas diocesana/ente gestori/parrocchie	88	87,1
Da donazioni privati (enti e persone)	51	50,5
Da Enti pubblici/convenzioni (es. Comune, ASL, Regioni...)	21	20,8
Dagli assistiti/pazienti	5	5,0
Progetti CEI 8xmille Caritas Italiana	2	2,0
Altre forme	5	5,0

Fonte: Caritas Italiana
Mancate risposte: 9

In conclusione, la Caritas agisce nella governance sanitaria come partner sussidiario critico. Il suo apporto serve a saldare la frattura tra il diritto alla salute scritto sulla carta (Articolo 32 della Costituzione) e l'effettiva esigibilità dello stesso da parte delle persone che vivono ai margini della società.

6. DALL'ASSISTENZA ALLA COLLABORAZIONE STRUTTURATA CON IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La lettura congiunta delle criticità del sistema sanitario e dei dati sugli ambulatori Caritas consente di individuare una questione importante: come trasformare una rete di risposte solidaristiche, sviluppate prevalentemente attraverso risorse proprie, in una componente riconosciuta e collegata alla rete territoriale dei servizi, senza trasferire su di essa le responsabilità istituzionali.
La risposta non consiste semplicemente nell'aumentare il numero degli ambulatori o nel moltiplicare le prestazioni gratuite; è necessario sviluppare un modello di collaborazione che permetta di utilizzare al meglio le risorse disponibili, favorire l'accesso ai servizi pubblici e accompagnare le persone verso percorsi di cura appropriati.

6.1. Accordi territoriali con ASL, Comuni e servizi sociali

Una prima direzione consiste nella promozione di protocolli d'intesa e accordi operativi tra Caritas, aziende sanitarie, Comuni e altri soggetti del territorio.
Tali accordi potrebbero definire:

- le modalità con cui individuare e segnalare situazioni di particolare vulnerabilità;
- i percorsi di orientamento e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali;
- i riferimenti professionali e organizzativi ai quali rivolgersi in caso di necessità;

- le modalità di raccordo per le persone che necessitano di approfondimenti diagnostici o trattamenti successivi;
- le modalità di monitoraggio delle attività e dei bisogni rilevati;
- la possibilità di prescrizione di farmaci e/o esami su ricettario regionale da parte di medici delle strutture Caritas.

La formalizzazione di questi rapporti può ridurre la frammentazione degli interventi e rendere più chiaro il ruolo di ciascun soggetto. Può inoltre facilitare l'individuazione dei servizi competenti, evitando che le persone vulnerabili debbano ricostruire autonomamente il proprio percorso tra uffici e strutture differenti.

6.2. Collegare gli ambulatori Caritas alle Case della Comunità

Le Case della Comunità possono rappresentare un contesto favorevole per sviluppare forme di collaborazione con le organizzazioni che conoscono da vicino le condizioni di vita delle persone più fragili. Caritas potrebbe contribuire, secondo le modalità concordate localmente, all'individuazione delle persone che incontrano difficoltà nell'accesso ai servizi, all'orientamento verso le prestazioni disponibili e alla segnalazione di bisogni sociali che ostacolano la continuità delle cure. La collaborazione potrebbe inoltre comprendere momenti di confronto tra professionisti sanitari, assistenti sociali e referenti delle organizzazioni territoriali, finalizzati a individuare le principali criticità di accesso e a migliorare i percorsi di presa in carico.

Perché tale collaborazione sia efficace, è necessario che non si limiti alla partecipazione occasionale a incontri o tavoli di lavoro. Occorre definire procedure operative, referenti, obiettivi e modalità di verifica. Le Case della Comunità possono diventare luoghi di raccordo tra assistenza sanitaria e bisogni sociali, a condizione che dispongano di servizi effettivamente operativi e siano collegate agli altri nodi della rete territoriale. In questo contesto, il contributo delle

organizzazioni di prossimità può favorire il raggiungimento di persone che difficilmente si rivolgerebbero spontaneamente ai servizi.

6.3. Promuovere una programmazione sanitaria e sociale integrata

Le esperienze degli ambulatori Caritas possono contribuire alla conoscenza dei bisogni che emergono nei territori, soprattutto quando questi non vengono intercettati tempestivamente dai servizi ordinari.
La raccolta sistematica di informazioni sulle difficoltà incontrate dalle persone, sulle prestazioni richieste e sulle necessità di orientamento può fornire elementi utili alla programmazione locale. Tali informazioni potrebbero essere condivise, in forma aggregata e nel rispetto della riservatezza, con i soggetti istituzionali competenti, contribuendo all'individuazione delle aree nelle quali rafforzare la prevenzione, l'assistenza territoriale e l'integrazione sociosanitaria.
In questa prospettiva, appare fondamentale promuovere un dialogo strutturato tra la conoscenza istituzionale, basata sui dati sanitari e amministrativi, e quella maturata attraverso il contatto diretto con persone che vivono situazioni di vulnerabilità. La collaborazione tra servizi sanitari, servizi sociali e organizzazioni comunitarie può risultare particolarmente utile nella definizione delle priorità locali, nella valutazione delle barriere all'accesso e nell'individuazione di interventi capaci di rispondere ai bisogni complessi e multidimensionali delle persone.
In tale ambito, risulta prioritario promuovere la piena e diffusa attuazione dello strumento dei *Budget di salute*[11] su tut-

11 Il Budget di Salute (BdS) è uno strumento operativo di integrazione sociosanitaria finalizzato alla costruzione e alla realizzazione di progetti di vita individualizzati e personalizzati. Sul piano normativo, un riferimento legislativo esplicito al Budget di Salute è contenuto nell'art. 1, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale riferimento si inserisce nel

to il territorio nazionale, quale modalità concreta di integrazione sociosanitaria. Attraverso la definizione di un progetto individuale personalizzato, i budget di salute consentono di integrare risorse economiche, professionali, umane e relazionali, con l'obiettivo di sostenere le persone con bisogni complessi e multidimensionali nel raggiungimento di un maggiore grado di autonomia e inclusione sociale. La loro diffusione può favorire il superamento di interventi frammentati e settoriali, promuovendo percorsi di presa in carico integrati, costruiti a partire dai bisogni e dalle potenzialità di ciascuna persona.

6.4. Rafforzare la capacità di intercettare i bisogni sanitari e promuovere l'educazione alla salute

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la capacità della rete Caritas di raggiungere persone che non si rivolgono spontaneamente ai servizi sanitari. I Centri di Ascolto e le parrocchie rappresentano importanti presidi di prossimità ma la loro capacità di intercettare i bisogni sanitari non è automatica. Spesso, infatti, le persone si rivolgono a Caritas per chiedere aiuto economico, alimentare o abitativo, senza manifestare anche le difficoltà legate alla salute.
Per rafforzare questa funzione, è importante prevedere momenti di formazione per i volontari affinché possano riconoscere le situazioni che richiedono un orientamento sanitario, senza sostituirsi ai professionisti nelle valutazioni cliniche. L'obiettivo è favorire l'individuazione tempestiva dei bisogni e il collegamento con i servizi competenti, soprattutto nei casi in cui le persone incontrino difficoltà nel riconoscere il proprio bisogno di assistenza o nell'attivare autonomamente i percorsi necessari.
Accanto all'intercettazione dei bisogni, assume particolare rilievo l'educazione alla salute, intesa come promozione di

quadro delle misure volte a rafforzare l'assistenza territoriale e l'integrazione tra gli interventi sanitari e sociali.

conoscenze e comportamenti che favoriscano la prevenzione e l'accesso consapevole alle cure. Caritas può contribuire a questo processo attraverso la diffusione di informazioni comprensibili, la sensibilizzazione sui principali fattori di rischio e l'orientamento verso le opportunità di prevenzione disponibili sul territorio. Tali iniziative risultano particolarmente importanti per le persone che, a causa di difficoltà economiche, linguistiche o sociali, incontrano maggiori ostacoli nell'accesso alle informazioni sanitarie. In questa prospettiva, la collaborazione con i professionisti sanitari e i servizi territoriali può favorire interventi di educazione alla salute più accessibili e rispondenti ai bisogni delle comunità.

6.5. Costruire una rete tra le organizzazioni sanitarie solidaristiche

In alcuni territori sono presenti altre organizzazioni religiose, associazioni e strutture solidaristiche che offrono servizi sanitari o contribuiscono all'accesso alle cure. La creazione di reti territoriali può favorire lo scambio di informazioni, la condivisione di esperienze e l'individuazione di percorsi complementari, evitando duplicazioni e dispersioni di risorse.
La collaborazione potrebbe riguardare l'orientamento delle persone, l'accesso a determinate specializzazioni, le iniziative di prevenzione e il raccordo con i servizi pubblici. Per funzionare, una rete di questo tipo deve rispettare le specificità organizzative dei singoli soggetti e mantenere chiara la distinzione tra le prestazioni offerte, i requisiti professionali e le responsabilità di ciascuna realtà.
La costruzione di una rete non dovrebbe quindi coincidere con una semplice condivisione informale dei contatti, ma tradursi nella conoscenza reciproca dei servizi disponibili, nella definizione di modalità di invio e nella possibilità di individuare risposte appropriate ai bisogni delle persone.

7. PROPOSTE DI ADVOCACY PER UNA GOVERNANCE SANITARIA PIÙ INCLUSIVA

Le forme di collaborazione descritte nel paragrafo 6 rappresentano strumenti importanti per migliorare l'accesso ai servizi e rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Tuttavia, le iniziative territoriali, pur fondamentali, non sono sufficienti da sole ad affrontare le criticità strutturali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), tra cui il sottofinanziamento, le disuguaglianze territoriali, le difficoltà di accesso alle prestazioni e la carenza di personale.

Accanto agli interventi a livello locale, è quindi necessario promuovere un'azione di advocacy capace di incidere sulle politiche pubbliche e di contribuire al rafforzamento del sistema sanitario. In questa prospettiva, le 16 linee di intervento strategiche proposte dalla Fondazione GIMBE[12] nell'ambito del Piano di rilancio del SSN costituiscono un riferimento utile per individuare le principali priorità di riforma. L'obiettivo è invertire la tendenza al sottofinanziamento e contrastare la frammentazione del sistema sanitario in 21 differenti modelli regionali, che rischiano di tradursi in disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nella possibilità di ottenere cure appropriate, tempestive e di qualità, indipendentemente dal luogo di residenza. Le proposte della Fondazione GIMBE possono essere lette anche alla luce delle criticità che emergono dall'esperienza quotidiana di Caritas e dalle criticità incontrate dalle persone assistite nell'accesso ai servizi. Questa prospettiva consente di approfondire all'interno delle diverse aree strategiche, gli aspetti maggiormente rilevanti per garantire l'effettività del diritto alla salute, l'equità nell'accesso alle cure e una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Le 16 linee di intervento sono articolate in sei macroaree.

12 www.salviamo-ssn.it

1. Visione globale e prevenzione

1. Salute in tutte le politiche (*Health in All Policies*): integrare la tutela della salute nelle decisioni istituzionali, economiche e industriali.
2. Approccio *One Health*: rafforzare la prevenzione e la promozione della salute considerando le interconnessioni tra salute umana, animale e ambientale.

I cambiamenti climatici hanno ormai effetti rilevanti sulla salute umana, contribuendo ad accrescere i rischi sanitari e colpendo in misura spesso maggiore le persone in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica. È quindi necessario attribuire adeguata attenzione a questa dimensione attraverso investimenti mirati alla sostenibilità dei servizi e delle strutture sanitarie nonché mediante interventi di prevenzione e preparazione ai rischi emergenti. Tali azioni sono fondamentali per rispondere ai nuovi bisogni di salute, contenere la pressione sui servizi sanitari e prevenire l'acuirsi delle disuguaglianze nell'accesso alle cure. In questa prospettiva, è essenziale adottare un approccio integrato.

2. Risorse finanziarie e governance territoriale

3. Finanziamento pubblico crescente: incrementare progressivamente le risorse sulla base dei bisogni di salute della popolazione.
4. Governance Stato-Regioni più rigorosa: rafforzare il coordinamento e il monitoraggio nazionale per contrastare le disuguaglianze territoriali.
5. Aggiornamento continuo ed esigibilità dei LEA: garantire che i Livelli essenziali di assistenza siano effettivamente accessibili su tutto il territorio nazionale.

Accanto al rafforzamento del finanziamento pubblico, è necessario superare una gestione frammentaria ed emergenziale delle risorse, promuovendo una programmazione stabile degli interventi di prevenzione, assistenza e integrazione socio-sanitaria.

Il Terzo Settore dovrebbe essere coinvolto nei processi decisionali e nella definizione delle priorità di intervento, valo-

rizzandone la conoscenza dei bisogni territoriali e la capacità di raggiungere le persone più fragili. Tale collaborazione deve configurarsi come un'integrazione dell'azione pubblica e non come una sostituzione delle responsabilità del SSN.

3. Capitale umano e infrastrutture

6. Valorizzazione del personale sanitario: migliorare l'attrattività del lavoro nel servizio pubblico attraverso condizioni contrattuali, incentivi e ambienti lavorativi adeguati.
7. Modernizzazione del patrimonio edilizio e tecnologico: ammodernare le strutture sanitarie e le dotazioni diagnostiche per garantire standard di cura adeguati.

È inoltre importante valorizzare la dimensione relazionale dell'assistenza, garantendo tempi di cura adeguati e una comunicazione comprensibile, soprattutto nei confronti delle persone con difficoltà sociali, cognitive o linguistiche.

4. Riorganizzazione dei servizi e dell'assistenza

8. Rafforzamento dell'assistenza territoriale: potenziare i servizi di prossimità, comprese le Case della Comunità e l'assistenza infermieristica territoriale.
9. Integrazione sociosanitaria: garantire continuità tra ospedali, servizi territoriali e assistenza sociale, con particolare attenzione agli anziani, alla cronicità e alla non autosufficienza.
10. Abbattimento dei tempi e delle liste d'attesa: migliorare l'organizzazione e la trasparenza nell'accesso alle prestazioni, nel rispetto delle priorità cliniche.
11. Riduzione di sprechi e inefficienze: migliorare l'appropriatezza della spesa e limitare le prestazioni prive di un adeguato valore clinico.

In questo ambito è importante promuovere la piena attuazione degli strumenti di presa in carico personalizzata, tra cui il già citato budget di salute, che consente di integrare risorse sanitarie, sociali e relazionali in progetti individuali. Occorre inoltre potenziare la domiciliarità delle cure e

il sostegno alle famiglie, attraverso servizi coordinati che consentano di mantenere la persona nel proprio contesto di vita e di garantire continuità assistenziale. Per gli anziani non autosufficienti, ciò richiede percorsi di valutazione multidimensionale e una maggiore integrazione tra servizi sanitari, sociali e sostegni economici. È altrettanto importante riconoscere il ruolo dei caregiver familiari attraverso servizi di sollievo, formazione e accompagnamento, riducendo il carico assistenziale che grava sulle famiglie.
Trasversalmente a queste priorità, è necessario rimuovere gli ostacoli che impediscono alle persone più vulnerabili di accedere alle cure. Particolare attenzione deve essere riservata alle persone migranti, soprattutto ai minori e a chi incontra difficoltà nell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale, promuovendo l'effettiva applicazione delle disposizioni vigenti e modalità di orientamento possibili.

5. Regolamentazione del mercato e sanità integrativa

12. Governance del rapporto pubblico-privato: rafforzare le regole per l'accreditamento delle strutture private, in coerenza con i bisogni assistenziali del territorio.
13. Riordino della sanità integrativa: definire regole per il settore integrativo, tutelando l'equità di accesso e il ruolo del sistema pubblico.

6. Innovazione, ricerca e futuro

14. Digitalizzazione della sanità: promuovere la diffusione degli strumenti digitali, della telemedicina e del Fascicolo Sanitario Elettronico.
15. Rilancio della ricerca biomedica e clinica: sostenere la ricerca scientifica indipendente all'interno del sistema sanitario.
16. Monitoraggio indipendente delle politiche sanitarie: utilizzare indicatori trasparenti per valutare gli effetti delle riforme e l'operato delle istituzioni.

8. CONCLUSIONI. UNA SUSSIDIARIETÀ CHE RAFFORZA LA RESPONSABILITÀ PUBBLICA

L'analisi della governance del Servizio Sanitario Nazionale e dei risultati della prima rilevazione nazionale sugli ambulatori Caritas consente di individuare un punto di convergenza: il diritto alla salute non dipende soltanto dall'esistenza formale di prestazioni e servizi, ma anche dalla possibilità concreta per ogni persona di accedervi in modo tempestivo, appropriato e sostenibile.

Le criticità del SSN, le disuguaglianze territoriali e la rinuncia alle cure per ragioni economiche o organizzative evidenziano la necessità di rafforzare l'integrazione tra politiche sanitarie e sociali. Le difficoltà legate al finanziamento, alla carenza di personale, alle liste d'attesa e alla continuità assistenziale mostrano che il riconoscimento di un diritto non è sufficiente quando mancano le condizioni per renderlo effettivo.

In questo contesto, la rete Caritas rappresenta una presenza significativa per la capacità di intercettare situazioni di bisogno, offrire risposte solidaristiche e accompagnare le persone verso i servizi competenti.

La mappatura degli ambulatori del 2026 restituisce l'immagine di una rete diffusa, caratterizzata prevalentemente dalla gratuità delle prestazioni e dal contributo del volontariato, ma anche fortemente dipendente dalle risorse ecclesiali e dalle donazioni private. La limitata diffusione di finanziamenti e convenzioni pubbliche segnala una possibile distanza tra il contributo concretamente offerto da queste realtà e il loro riconoscimento all'interno della programmazione territoriale. Da qui nasce l'esigenza di promuovere una collaborazione più strutturata tra Caritas, aziende sanitarie, Comuni, servizi sociali e altre organizzazioni del Terzo settore. Non si tratta di trasferire a soggetti solidaristici la responsabilità di garantire il diritto alla salute, che rimane pubblica, ma di costruire modalità di cooperazione capaci di valorizzare le competenze, le relazioni di fiducia e la prossimità delle reti comunitarie.

Questo percorso richiede anche una riflessione sull'identità stessa di Caritas. Se Caritas è espressione della comunità

cristiana e non soltanto un servizio specialistico rivolto alle persone in povertà, la tutela della salute deve diventare una responsabilità condivisa, capace di coinvolgere sempre più parrocchie, volontari, professionisti e altre realtà del territorio (ecclesiali e non).

La prossimità non può limitarsi ad attendere chi arriva a chiedere aiuto: deve sviluppare la capacità di incontrare chi vive situazioni di fragilità e non riesce a esprimere il proprio bisogno. Ciò implica conoscere le risorse disponibili, rendere accessibili le informazioni, individuare le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi e costruire relazioni stabili con i soggetti istituzionali.

In tale prospettiva, la programmazione di un intervento sanitario Caritas dovrebbe comprendere una mappatura dei bisogni locali, la valorizzazione delle competenze professionali disponibili, una comunicazione accessibile dei servizi, la costruzione di accordi con le istituzioni e il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie religiose e solidaristiche. La raccolta sistematica di informazioni e la valutazione delle attività possono inoltre contribuire a comprendere meglio i bisogni emergenti (e latenti) e a formulare proposte di miglioramento delle politiche pubbliche.

La sfida è dunque duplice. Da una parte, occorre rafforzare un Servizio Sanitario Nazionale in grado di garantire universalità, uguaglianza ed equità effettive; dall'altra, è necessario riconoscere e integrare le risorse di prossimità che contribuiscono a raggiungere le persone maggiormente esposte all'esclusione sanitaria. Il contributo più importante di Caritas alla governance sanitaria non consiste nel sostituirsi al sistema pubblico, ma nel contribuire a renderlo più vicino alle persone, più consapevole delle disuguaglianze e più capace di rispondere ai bisogni di chi rischia di rimanere escluso. È in questo equilibrio tra responsabilità pubblica, partecipazione comunitaria e tutela della dignità umana che può svilupparsi una governance sanitaria realmente inclusiva, nella quale la solidarietà non rappresenti un'alternativa al diritto, ma una risorsa per renderlo concretamente esigibile.

4

LE SOLITUDINI IN UN WELFARE DA FAR CRESCERE

di Sergio Pasquinelli

1. INTRODUZIONE

L'anno prossimo gli italiani che vivono soli raggiungeranno i 10 milioni, saliranno di un milione e mezzo tra vent'anni. Sempre tra vent'anni le coppie senza figli, oggi 5,4 milioni, supereranno i sei milioni, mentre gli anziani ultra settantacinquenni che vivono soli, oggi in quattro casi su dieci, saranno la maggioranza. Abitare da soli non significa necessariamente sentirsi soli, ma certo il contesto non aiuta.
L'intelligenza artificiale e le nuove tecnologie che ci circondano, in un mondo che celebra le relazioni e la socialità, in realtà fanno leva sull'isolamento delle persone, lo alimentano, lo sfruttano in chiave strumentale. Come afferma Serena Mazzini "la tecnologia non sta cercando di eliminare la nostra solitudine. Sta cercando di renderla confortevole, prolungata e soprattutto redditizia" [1].
Delle persone sole il welfare dovrà occuparsi sempre di più, non solo perché aumenteranno nei numeri, ma per la rilevanza e la consistenza dei problemi che portano con sé. A

1 S. Mazzini, *La tua solitudine è il nostro business*, Milano, Rizzoli, 2026.

partire dal problema dei problemi, quello della casa. In grave deprivazione abitativa vive il 6% degli italiani, ma i problemi vanno ben oltre. L'abitazione ha raggiunto valori stellari in molte città, dove divora ben più di quel 30% di entrate sotto la cui soglia si dovrebbe stare per vivere in agio. Il Fondo nazionale Garanzia Prima Casa, confermato anche per quest'anno, ha aiutato l'acquisto a molte giovani coppie, ma il "Piano Casa Italia" lanciato dal governo rischia di non cogliere il punto. Perché con una popolazione che si riduce e invecchia, il problema degli alloggi è più qualitativo che quantitativo, riguarda la loro adeguatezza, il loro utilizzo e successivo riutilizzo, non solo il loro numero: l'Italia è prima in Europa per numero di case su numero di famiglie.
Quello della casa è un tema dalle molte facce. Così l'abitazione può isolare ma, nell'epoca degli affitti brevi e in un mercato trasformato, è diventata anche risorsa per una moltitudine di piccoli proprietari. Una stanza libera può rappresentare una preziosa fonte di reddito, per la popolazione *house rich* (si fa per dire) e *income poor*. I patrimoni sovente ereditati compensano lavori precari, bassi salari, orari ridotti, part time involontari, nel regno della sottoccupazione[2]. E così proprietari e locatari, una volta abbastanza ben definiti e differenziati per estrazione sociale, oggi rappresentano posizioni sociali molto meno nette, spesso sovrapposte, talvolta ribaltate.
Ai movimenti solitari di chi offre e di chi cerca un alloggio, si accompagna la crescente solitudine di chi si fa carico di una persona fragile. La verticalizzazione delle famiglie riguarda la riduzione del numero dei suoi componenti, il suo assottigliamento, e spinge verso la povertà delle cure, data dalla crescita di persone che non possono contare su un aiuto parentale. La cura di una persona è sempre più un'attività svolta in solitudine.

2 R. Brancati, C. Carboni (a cura di), *Verso la piena sottoccupazione*, Roma, Donzelli, 2024.

I "prestatori di cura familiare", i cosiddetti caregiver (ma gli inglesi parlano di "*carer*"), attraversano cambiamenti continui, nelle dimensioni e nelle caratteristiche. Un esercito silente che interessa sette milioni di italiani, secondo l'indagine europea sulla salute (EHIS),[3] il cui silenzio chiede di essere ascoltato. Nella ricerca che abbiamo svolto sul più esteso campione di *caregiver* lombardi (quasi duemila)[4] impegnati ad assistere anziani non autosufficienti, abbiamo registrato il profilo prevalente: donne, con un'età media matura (60 anni), il cui impegno si protrae, in sei casi su dieci, da più di tre anni, in uno su quattro da più di cinque.
Quanto il carico di cura viene gestito in solitudine o è condiviso tra più familiari? Abbiamo messo a confronto i dati tratti da ricerche diverse, e il risultato che emerge è che negli anni i caregiver risultano sempre più soli: l'aiuto prestato anche da altri familiari o conoscenti è calato dall'88% al 65% dei casi. La rete di aiuti si restringe via via e l'impegno di cura, quando c'è, diventa più solitario. E la solitudine è poco intercettata e intercettabile, si nasconde, e quando subentra la non autosufficienza facilmente si ripiega su sé stessa, a distanza dal mondo dei servizi pubblici. Generazioni più giovani, quando investite da oneri di cura, sembrano mostrare comportamenti meno chiusi dentro schemi familistici, più inclini a nuove geometrie dell'aiuto. Nei prossimi mesi avremo modo di verificare queste tendenze, almeno nel contesto lombardo, attraverso l'Osservatorio OverR, promosso da ACLI Lombardia assieme all'Istituto per la Ricerca Sociale, per capire se siamo in presenza di nuovi atteggiamenti, che possono tradursi in comportamenti diversi, più consapevoli e meno rassegnati rispetto al passato.
In termini di policy, persiste la debolezza del welfare italiano nei confronti dei caregiver, su cui pure è in discussione un

3 https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/indagine-europea-sulla-salute-ehis/
4 https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2023/04/report_OVeR_2023_completo.pdf

disegno di legge nazionale, a lungo atteso e che solleva posizioni contrastanti.[5] Sostenerne le funzioni di cura richiede interventi su diversi fronti: dai servizi di assistenza a quelli di sollievo, dalla conciliazione dei tempi agli aiuti tecnologici e per gli adattamenti domestici. Se coordinate, azioni diverse possono creare un contesto *caregiver friendly*, inedito per l'Italia, in cui le famiglie sono messe in grado di decidere se assumersi, quanto e come, responsabilità e impegni.
La maggior parte delle Regioni è intervenuta sul tema (in verità in modo mediamente blando, con stanziamenti limitati, a volte simbolici), mentre il disegno di legge nazionale apre una questione controversa, che riguarda la definizione di caregiver: figura che viene di fatto circoscritta ai soli parenti conviventi. L'auspicio, fatto proprio anche dal "Patto per un Nuovo Welfare sulla non Autosufficienza",[6] è invece quello di costruire un perimetro più inclusivo – conviventi e non – prevedendo sostegni di variabile intensità. Ben sapendo, poi, che una legge non è il punto di arrivo ma di partenza di un cambiamento da costruire.

2. PERCHÉ IL WELFARE SOCIALE È IMPREPARATO

Il nostro welfare sociale è ancora poco attrezzato per un mondo popolato da persone sole. Prevale la risposta diretta, impersonale, una dinamica del tipo "tu mi chiedi, io ti dò": un grande limite per una solitudine che spesso si nasconde, non si rende esplicita, si affaccia poco al mondo dei servizi, ancora meno diventa richiesta esplicita d'aiuto.
Incide, su questa prevalente modalità di risposta ai bisogni, un welfare pubblico ancora molto centrato su modalità rigide e precodificate di intervento, tipicamente sulle erogazio-

5 https://documenti.camera.it/leg19/pdl/pdf/leg.19.pdl.camera.2789.19PDL0182330.pdf
6 https://www.pattononautosufficienza.it/

ni monetarie. E i soldi, se non accompagnati da azioni mirate, lasciano le persone sole, in balìa di se stesse. Significativa è l'esperienza dell'Assegno di inclusione, una prestazione ben definita nei suoi requisiti e in ciò che offre: i beneficiari possono infatti essere "presi in carico" e coinvolti in programmi di formazione, inserimento lavorativo, utilità collettiva. Attività stabilite in modo evidentemente orientativo, perché soggette alle caratteristiche, alle capacità, alle disponibilità dei singoli, e alle possibilità del contesto. E tuttavia, nonostante un incentivo economico non irrilevante, l'adesione a questi programmi risulta limitata[7]. Giocano in questo senso fattori diversi, tra cui la difficile attivazione in condizioni di grande deprivazione, l'analfabetismo funzionale, i timori di essere stigmatizzati nel proprio contesto di vita e così via. Il Rapporto Caritas 2025 evidenzia le tante criticità dei sostegni per la formazione e il lavoro.[8]

Un altro caso eloquente in ordine alle difficoltà che incontra la personalizzazione dei servizi è dato dai "Progetti di vita indipendente", cioè la sperimentazione nazionale (d. lgs. 62/2024) di un dispositivo pensato per le persone con disabilità, che punta con ambizione a cambiare l'approccio tradizionale del servizio pubblico, tradizionalmente "erogativo". Ad oggi molte testimonianze ci parlano sì di un entusiasmo diffuso, ma anche di difficoltà applicative, di una bassa propensione delle famiglie ad aderire, di una certa resistenza a partecipare (vedi Claudio Castegnaro in nota).[9] Dinamiche che hanno segnato, peraltro, anche molti progetti sul "Dopo di noi" (l. 112/2016), con un'adesione inferiore alle attese, e la difficoltà delle stesse Regioni a spendere le risorse stan-

7 Sono 182mila le persone con supporti per la formazione e il lavoro, a fronte di 867mila nuclei familiari percettori dell'assegno di inclusione (dati Inps: https://www.inps.it/it/it/inps-comunica/notizie/dettaglio-news-page.news.2025.08.osservatorio-adi-e-sfl-i-dati-al-30-giugno-2025.html)

8 https://www.caritas.it/wp-content/uploads/sites/2/2025/10/CI_report_2025.pdf

9 welforum.it/un-paese-in-attesa-dei-leps-anche-nellarea-disabilita/

ziate. Allontanano il pubblico potenziale la farraginosità nelle procedure di accesso, la moltiplicazione e frammentazione dei passaggi da superare, la percezione di una eccessiva complessità a fronte dei benefici possibili.
Venire incontro alle persone più isolate richiede un *setting* organizzativo e professionale orientato all'ascolto, ad attività di informazione, promozione, orientamento ancora relativamente poco diffuse. Si tratta di interventi che possono essere grandemente potenziati, trovando modalità strutturalmente sensibili alle persone sole.

3. PER UN WELFARE VICINO ALLE PERSONE SOLE: LAVORI IN CORSO

L'Italia manca di una legislazione e di un piano d'azione dedicati al tema della solitudine, a differenza di altri paesi occidentali che invece hanno costruito negli ultimi anni delle politiche coerenti[10]. Occorre allora guardare alla progettazione del welfare territoriale, per leggere le capacità di risposta alle fragilità delle persone sole.
Si tratta di servizi e progetti promossi da soggetti diversi: si pensi ai custodi sociali, ai trasporti solidali, alla telefonia sociale. Vorrei ora portare l'attenzione su alcune delle realtà più strutturate che hanno visto la luce in questi ultimi anni, o che comunque hanno conosciuto uno sviluppo recente, la cui funzione può diventare importante nell'ottica di un welfare amico delle persone sole.
Iniziamo dalle strutture di cui si è parlato molto in questi anni post Covid e che hanno incarnato la promessa di una sanità di territorio. Con le **Case della comunità** promosse dal Pnrr è stata lanciata la scommessa di integrare la medicina di base con quella specialistica, con i servizi sociali e le ri-

10 F. Pesaresi, *Come le nazioni combattono la solitudine degli anziani*, in pesaresi blog, agosto 2026.

sorse del territorio, coinvolgendo figure professionali diverse. Un tema critico, solo parzialmente e temporaneamente superato, riguarda la presenza dei medici. Ma l'integrazione sociosanitaria non si gioca solo con i medici di base. Si gioca con gli infermieri di famiglia e di comunità, con gli operatori sociosanitari, si gioca nei Punti unici di accesso, si gioca con i servizi sociali territoriali, con l'assistenza domiciliare, si gioca nelle relazioni con il Terzo settore. Tutti ambiti dove sono stati avviati e sono cresciuti, in questi anni, percorsi preziosi, a volte faticosi, certamente da non sottovalutare. Una strada fatta di conoscenze reciproche, interazioni tra enti diversi, non solo tra professioni diverse. Un cammino che va proseguito, incentivato, valorizzato. La sfida oggi è quella di far diventare le Case della comunità davvero "della Comunità", e questo investe direttamente la natura delle relazioni col territorio. Purtroppo, è ancora piuttosto marcata, soprattutto nei casi di nuova costituzione, una certa distanza con le istanze della società civile. Il Terzo settore vede queste strutture con un discreto interesse, ma con una disponibilità limitata a entrarvi, nel senso di occupare spazi al loro interno. Piuttosto, il Terzo settore si aspetta che siano le stesse Case della comunità a farsi "prossime" al territorio in cui si trovano ad operare, dunque che siano esse ad avvicinarsi, in un processo di progressivo radicamento.

Nelle esperienze di formazione e accompagnamento condotte da chi scrive sono emersi, da parte del Terzo settore, atteggiamenti complessivamente tiepidi nei confronti delle Case della comunità. Le remore a un coinvolgimento diretto sono per lo più legate al rischio, percepito, di finire per fare supplenza, di essere "usati" per compensare i limiti di questi presidi pubblici, sul versante dell'intervento più prettamente sociale. La dialettica pubblico-privato si pone quindi su una linea delicata, legata alla reale volontà di co-progettazione tra le parti. In generale, quanto più già esistono reti di relazioni attive tra raggruppamenti del Terzo settore e Comuni o Ambiti territoriali sociali, tanto più le Case della Comunità risultano facilitate nell'entrare in contatto e collaborare con

i soggetti del privato sociale[11].

I **Punti unici di accesso** sono un dispositivo previsto in ogni Casa della comunità. Rappresentano l'evoluzione organizzativa di un welfare prossimo alle condizioni di vita delle persone, a partire dall'idea di superare la distanza tra sociale e sanitario, per rispondere alla multidimensionalità del bisogno. È il luogo in cui si dovrebbe realizzare una presa in carico globale delle fragilità, evitando al cittadino il labirinto burocratico tra Comuni e ASL. "È in questa accezione che, nell'acronimo PUA, il termine unico non assume il significato di esclusivo, ma di unitario, sia rispetto all'accoglienza, che alla presa in carico attraverso équipe integrate (di medici, assistenti sociali, infermieri, ecc.), sulla base di specifici accordi e protocolli tra servizi"[12].

I Punti unici di accesso sono previsti e regolamentati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 e, dal lato dei servizi sanitari, dal DM 77/2023, con in verità alcune incongruenze di impostazione, cui conseguono differenze nella loro traduzione operativa. Infatti, mentre il DM 77 ne dà una definizione in termini essenzialmente di front office sanitario, o sociosanitario, secondo il Piano nazionale sociale i Punti unici devono articolarsi su specifici livelli funzionali: front office, back office di primo livello e back office di secondo livello, con una ampia compagine di professionalità coinvolte.

I Punti unici possono avere un ruolo cruciale in un welfare che dovrà crescere in proattività, per intercettare un bisogno che si nasconde nelle pieghe di una solitudine dilagante. Non basta informare meglio, occorre costruire interventi che *vadano verso* chi rimane indietro: una postura ancora estranea a quella abituale. È utile, per esempio, ragionare in termini di *one-stop-shop*, luoghi dove le persone trovano un

11 F. Di Ciò, F. Pozzoli, *Quale integrazione nelle Case della comunità?* In "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3-4, 2026.

12 D. Mesini, *Verso un sistema integrato di accesso al welfare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3-4, 2026.

luogo protetto e dei consigli, senza dover andare oltre. Ma serve a poco puntare sui Punti unici di accesso se poi tutto rimane frammentato e ridondante, difficile da capire e da utilizzare.
Punti unici di accesso e Case della comunità dovranno sempre più lavorare sulle relazioni con il contesto, perché non sono monadi che intervengono sul vuoto, ma soggetti che operano in territori già popolati, spesso da molto tempo, da realtà che fanno front line, primo accesso, ascolto, orientamento: pensiamo all'associazionismo sociale, ai patronati, alle realtà ecclesiali, agli sportelli comunali. Lavorare sulle relazioni con questi soggetti significa creare sistemi complementari, sinergici, capaci di generare vantaggi reciproci e semplificare le possibilità di accesso per il cittadino.
Quando esplodono in forme emergenziali, per le situazioni di maggiore isolamento sociale i **Pronto intervento sociali** possono essere un riferimento importante. Progettati per le condizioni di urgenza che non possono attendere i tempi ordinari, operano sulla base di protocolli di intesa con le forze dell'ordine, i servizi sanitari, l'autorità giudiziaria e gli enti del Terzo settore, che rappresentano gli enti segnalanti. Si rivolgono al cittadino o nucleo familiare la cui incolumità o benessere sociale sia sotto minaccia, con particolare riguardo alle vittime di violenza, tratta o maltrattamento, ai minori in stato di abbandono, ai senza dimora. Ancora poco diffusi ma in fase espansiva, possono dotarsi di una centrale operativa e di unità di strada, per garantire una risposta tempestiva alle condizioni di particolare gravità.
Già prefigurato dalla legge 328/00, il Pronto intervento sociale è un livello essenziale, un Leps, che ha conosciuto una considerevole spinta grazie al Pnrr, al pari di un altro livello essenziale, di cui ogni Ambito territoriale si sta dotando: le dimissioni protette. I bisogni di assistenza, infatti, non sempre si esauriscono dopo un ricovero ospedaliero. **Le Dimissioni protette** sono un elemento qualificante una sanità davvero di prossimità, uno fra i molti, certo, ma non meno importante di altri. Tanto più le dimissioni protette

dall'ospedale, a favore della popolazione più fragile, saranno diffuse e coordinate, quanto più gli stessi servizi sociali vedranno ridursi la pressione per situazioni impreviste, emergenziali. Per essere efficaci, occorrono territori adeguatamente dotati di reti aperte, attrezzate a leggere il bisogno sociale, oltre a fare diagnosi di tipo sanitario.
Molte esperienze ci dicono che il fulcro di un buon sistema di dimissioni protette sta in una governance di sistema, che lavori sulla convergenza tra reparti ospedalieri, medicina primaria, servizi sociali dei Comuni, enti del Terzo settore. Una governance che costruisca una alleanza tra questi diversi soggetti. Cosa non facile, ma certamente possibile. Senza accordi, regolamenti, protocolli di intesa, che sono le basi di questa alleanza a livello di Ambiti territoriali e di Distretti, il rischio è quello di non far decollare questo dispositivo, così prezioso soprattutto nelle situazioni di isolamento.
Nella lotta alla solitudine, uno degli ambiti più interessanti di innovazione riguarda oggi la casa. **Il Cohousing** rappresenta un potente dispositivo antisolitudine, già previsto dalla legge di riforma dell'assistenza agli anziani (l. 33/2024), ma ancora in attesa di linee guida nazionali recentemente approvate. La coabitazione, o cohousing, prevede, nelle sue declinazioni di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale, la convivenza volontaria tra persone all'interno di una struttura residenziale caratterizzata da spazi e servizi comuni, progettati per garantire il benessere della persona. Il fenomeno "dell'abitare insieme" conosce oggi una moltitudine di progetti, come risposta alla presenza di persone sole, isolate, spesso residenti in case sottoutilizzate, verso modelli abitativi orientati alla socialità e al mutuo aiuto[13], all'interscambio *win win* fra anziani che vivono in abitazioni sovradimensionate e giovani in cerca di soluzioni praticabili, con uno scambio reciproco di valore economico e sociale.

13 L. Rogel et al., *Cohousing. L'arte di vivere insieme*, Milano, Altreconomia, 2018.

Modelli considerati una possibile soluzione ai problemi legati all'invecchiamento della popolazione, a metà strada tra un aiuto domiciliare nella propria abitazione e il ricovero in una Rsa.
La sfida di domani sarà quella di uscire dall'ambito dei progetti limitati territorialmente, dalle sperimentazioni, dalla sostenibilità economica a termine, per diventare realtà legittimate, accreditate, autosufficienti. In questa direzione rimane da valutare la reale propensione verso il cohousing, perché a parole esso raccoglie interesse, ma nei fatti si tratta di un fenomeno ancora di nicchia, che incontra alcuni freni importanti. Intanto la platea a cui ci si rivolge, non amplissima: parliamo di anziani autosufficienti ma non completamente autonomi, soli ma disponibili alla compagnia (e a cambiare casa). Poi ci sono resistenze di tipo culturale, perché rompere con l'idea della casa di proprietà indipendente può spaventare, nel timore di perdere i propri spazi di vita. Inoltre, permangono lacune regolative, per esempio nei piani edilizi comunali, che raramente prevedono o facilitano la compresenza di spazi privati e aree ad uso collettivo. In un contesto di complessità terminologica, perché la frammentazione delle esperienze è grande e così pure la confusione dei termini per definirle, e per distinguerle (co-housing, residenze protette, comunità residenziali, alloggi condivisi e così via).

4. CONCLUSIONI

Le persone sole aumentano e la nostra rete di welfare fatica a tenere il passo rispetto ai cambiamenti che questa condizione pone. Senza la pretesa di esaurire i molti percorsi in atto, abbiamo richiamato alcuni ambiti di lavoro e di attenzione su cui il welfare sociale sta evolvendo, in termini di capacità di risposta. Si tratta, senza eccezioni, di ambiti che hanno bisogno di tempo, investimenti stabili, azioni di accompagnamento e formazione, per crescere e diventare

componenti strutturali di un welfare che ha bisogno di innovazione. Come si è visto, molti di questi percorsi di lavoro si fondano sull'idea di un "welfare collaborativo", che richiama la capacità di creare alleanze, sui territori, non astratte ma concrete, generando senso e benefici per ciascun attore coinvolto.
Ogni sforzo deve poggiare su una infrastruttura che va costruita, fatta crescere, protetta. Eloquente è il caso delle nuove tecnologie assistive, dalla telemedicina alla teleassistenza, ai dispositivi di cura online, i sensori, i localizzatori. Si tratta di strumenti che hanno un buon potenziale nel ridurre l'isolamento solo se si appoggiano su una piattaforma disponibile all'ascolto, dotata di aiuti non automatizzati, di tecnologie a bassa soglia. Se tutto ciò difetta, e se le persone vengono vessate da procedure bizantine, questi strumenti riproducono e paradossalmente amplificano i vissuti di solitudine, in un paese dove le competenze digitali della popolazione (anziana in particolare) sono ancora limitate. Stiamo dunque parlando di piattaforme capaci di declinare modelli uniformi nei contesti specifici, in una dinamica di relazione. Perché solo così riusciremo a vincere le sfide di un domani che non aspetta.

AUTORI

Federica De Lauso

Sociologa e ricercatrice sociale. Referente Senior presso il Servizio Studi e Ricerche di Caritas Italiana. È specializzata in metodologia e tecnica della ricerca sociale e in rappresentanza di interessi, lobby e advocacy. Curatrice autrice di numerose pubblicazioni nel campo delle scienze sociali. Dal 2014 è co-curatrice e coautrice del "Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia" di Caritas Italiana.

Francesco Occipite Di Prisco

Laureato in Medicina e in Odontoiatria, ha lavorato presso la ASL Latina fino a dirigere la UOSD di Odontostomatologia. Esperto nel trattamento di pazienti "Special Needs", ha svolto attività di docenza universitaria e ha ricoperto incarichi nazionali e internazionali nella professione. Da 17 anni coordina il servizio di assistenza odontoiatrica della Caritas Diocesana di Gaeta di cui è componente di equipe. Collabora con Caritas Italiana sulle tematiche riguardanti le politiche della Salute.

Massimo Pallottino

Coordinatore dell'Unità Studi e Advocacy di Caritas Italiana, con cui collabora dal 2008. Formatosi nel volontariato internazionale, si è specializzato all'ISS dell'Aia e ha conseguito il dottorato all'IUED di Ginevra. Con la Fondazione Giustizia e Solidarietà ha coordinato i programmi di conversione del debito in Zambia e Guinea. Ha insegnato presso il corso di laurea in Scienze per la Pace all'Università di Pisa e Development Economics all'Università RomaTre, oltre che in diversi master. I suoi interessi si focalizzano sulla formulazione di progetti e politiche, sul funzionamento della cooperazione e sui quadri globali di sviluppo come l'Agenda 2030.

Sergio Pasquinelli

Sociologo, è presidente dell'Associazione per la Ricerca Sociale ETS dal 2018. Si occupa di policy design, ricerca sociale e valutazione di progetti con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione, il lavoro di cura, la non autosufficienza. Dirige Welforum.it "Osservatorio nazionale sulle politiche sociali" e la rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie".