NON C'È POVERTÀ SENZA RISORSE.

RESPONSABILITÀ PUBBLICHE E SUSSIDIARIETÀ

Sintesi



SINTESI

La povertà non si contrasta guardando soltanto a ciò che manca, ma anche riconoscendo le risorse, le capacità e le opportunità presenti nelle persone, nelle comunità e nei territori. È questo il messaggio centrale del volume di Caritas Italiana *Non c'è povertà senza risorse. Responsabilità pubbliche e sussidiarietà*. Per costruire risposte efficaci e durature è necessario:

- **Riconoscere le risorse:** valorizzare le capacità delle persone, le energie delle comunità e le opportunità dei territori.
- **Condividere le responsabilità:** coinvolgere cittadini, associazioni, comunità e istituzioni.
- **Rafforzare la responsabilità pubblica:** la solidarietà non può sostituire le politiche sociali. È compito delle istituzioni garantire diritti, opportunità e condizioni di vita dignitose per tutti.
- **Promuovere la sussidiarietà:** favorire la collaborazione tra istituzioni e società civile, mettendo in rete risorse e competenze.
- **Educare alla solidarietà:** la Caritas è chiamata non solo a rispondere ai bisogni, ma anche a promuovere una cultura della fraternità, della reciprocità e della corresponsabilità.

Il contrasto alla povertà richiede dunque un impegno condiviso, in cui la responsabilità pubblica, l'iniziativa della società civile e delle comunità si integrino per costruire percorsi concreti, inclusivi e strutturali, valorizzando le competenze e il contributo di ciascuno.

LA POVERTA' ALIMENTARE TRA RISPOSTE ISTITUZIONALI E MOBILITAZIONE DELLA COMUNITA'

1. Il punto di partenza

- Il cibo è un bisogno primario e uno dei modi più antichi di stare accanto agli altri. Condividerlo con chi è in difficoltà è un gesto di solidarietà che migliaia di volontari compiono ogni giorno nelle parrocchie e nei territori, e che **va riconosciuto e sostenuto**.
- Distribuire cibo è necessario ma **non basta a contrastare la povertà**: apre una relazione, ma rischia di ridurre la persona a destinatario passivo.
- In più, occorre evitare il rischio di un sistema fondato sulle eccedenze che crea una **gerarchia del cibo**: quello fresco per chi può comprarlo, quello avanzato per chi è povero.

- Le reti di volontariato, proprio perché funzionano, non devono diventare un **alibi** rispetto alla responsabilità delle autorità pubbliche nel garantire il diritto al cibo.
- Una ricerca delle Caritas del Friuli-Venezia Giulia conferma che l'aiuto alimentare funziona quando è **uno degli strumenti** a disposizione, non lo strumento principale.

2. Quante persone sono in povertà alimentare

- In Italia **non esiste un unico indicatore ufficiale**. Dati 2023, ultimo anno in cui si possono paragonare i diversi indicatori:
  - **1,5%** ha saltato pasti o ridotto le quantità per mancanza di soldi (indicatore FAO-ISTAT detto FIES); è la punta più estrema e sofferente dell'insicurezza alimentare.
  - **11,8%** non può permettersi un pasto con carne, pesce o equivalente ogni due giorni, o un pasto con amici una volta al mese (elaborazione su dati ISTAT, indagine EU-SILC);
  - **8,6%** non ha un reddito sufficiente per una dieta sana (FAO); il **9,7%** è in povertà assoluta (ISTAT).
- Il rischio cresce quando più svantaggi si sommano: origine straniera, Mezzogiorno, basso titolo di studio, famiglie numerose o monogenitoriali.

3. Gli aiuti pubblici e la rete Caritas

- Il vero cambiamento di prospettiva rispetto alla povertà alimentare è arrivato negli anni '10 del nuovo millennio, dopo la grande crisi economica globale iniziata nel 2008: prima la povertà alimentare toccava situazioni particolari e marginalità estrema. Ora è un dato strutturale.
- Nella rete Caritas le attività di distribuzione di beni primari sono passate da 764 nel 1999 a 2.781 nel 2020, oltre a 287 mense e 159 empori solidali. Fino al 2009 queste attività erano numerose quanto quelle di ascolto; nel 2020 l'ascolto le supera di molto (4.188 attività).
- Attualmente la distribuzione gratuita di cibo è finanziata in modo significativo dal Fondo sociale europeo (FSE+) e gestita dal Ministero del Lavoro; i prodotti sono acquistati dall'agenzia pubblica AGEA e consegnati alle organizzazioni del Terzo settore. Dei 10.228 punti **di distribuzione** in Italia, **5.425 (53%) fanno parte della rete Caritas**, spesso piccoli e affidati a volontari, che svolgono un ruolo importantissimo di 'antenna' sui territori.
- Dal 2024 le regole europee chiedono di affiancare alla distribuzione un **accompagnamento sociale**. Il principio è condiviso, ed è quello che il mondo Caritas fa da decenni. E' necessario che le regole esistenti promuovano realmente quanto le reti attive sul territorio già fanno da anni. Su questo la rete Caritas rileva delle difficoltà ed è pronta a dare il suo contributo.

4. Chi riceve aiuto alimentare dalla Caritas

- Nel 2025 i centri Caritas hanno registrato **282.539 persone**: **126.850** hanno ricevuto pacchi, empori o buoni spesa (fino a circa **374.000** contando i familiari), **42.127** hanno frequentato le mense. Si tratta di numeri che sotto rappresentano il fenomeno: le persone raggiunte secondo le schede sono circa il 40% dei 930.000 assistiti che i punti di distribuzione della rete Caritas dichiarano al programma europeo, e molte iniziative locali non sono documentate.
- Chi riceve pacchi non è soprattutto la persona senza dimora: **due su tre hanno figli minori**, circa metà sono stranieri, **quasi uno su quattro lavora** ma non guadagna abbastanza.
- Al Nord prevalgono lavoratori poveri e famiglie immigrate (stranieri 57,4%, occupati 24,4%), nel Mezzogiorno famiglie italiane senza lavoro o con lavoro irregolare (stranieri 28,3%, occupati 10,1%). Le mense hanno un'utenza diversa: otto persone su dieci sono uomini, sette su dieci stranieri, la metà è senza dimora.
- I dati segnalano inoltre molte realtà Caritas impegnate nell'aiuto alimentare anche senza ricorrere alle risorse pubbliche: **in 29 diocesi**, ad esempio, le persone che risultano aiutate dalle

schede Caritas superano quelle dichiarate dai punti di distribuzione al programma europeo, per **circa 22.000 persone in più**. Nella rilevazione sui centri di distribuzione di quattro diocesi del Nord-Est, gli aiuti europei forniscono il **27,7% delle quantità distribuite**. Il resto viene da colletta alimentare, recupero delle eccedenze e altre fonti locali.
- Fra chi riceve pacchi, empori o buoni spesa, uno su quattro (24,7%) si è rivolto alla Caritas per la prima volta nel 2025, mentre quasi la metà (48,2%) è in contatto con la Caritas da almeno tre anni: per molti l'aiuto per la spesa non è una misura di emergenza, ma una parte stabile della vita quotidiana.

5. Il rapporto con i servizi pubblici

- Dove il dato è registrato in modo sistematico (43 diocesi), **il 23,7%** dei beneficiari risulta seguito anche da un servizio pubblico: **per gli altri tre su quattro la Caritas è, per quanto risulta, l'unico servizio di riferimento.**
- Chi riceve aiuto alimentare percepisce più spesso l'Assegno di inclusione (20,3% contro 10,0%): **il sostegno pubblico, quando c'è, non basta** a coprire la spesa per il cibo.
- Il pacco è distribuito soprattutto dalle parrocchie (46,4% dei casi), e chi lo riceve torna spesso: uno su due almeno sei volte l'anno, uno su tre più di dieci, mentre gli altri utenti dei centri di ascolto passano di solito una volta sola. È un contatto continuo che il servizio pubblico da solo non potrebbe assicurare.

6. Le altre misure pubbliche (oltre al programma FSE+)

- **Reddito alimentare**: pacchi di cibo invenduto in quattro città, 2 milioni di euro l'anno, attività avviate nel 2025, nessun dato pubblicato sui risultati.
- **Carta «Dedicata a te»**: 500 euro a circa 1,18 milioni di famiglie, 2,7 miliardi fra il 2023 e il 2027, senza collegamento con i servizi sociali né dati sugli effetti.
- Le tre misure **non condividono informazioni**: la stessa famiglia può riceverne più d'una, altre restarne escluse.

7. Conclusioni

- «Aiuto alimentare» copre situazioni molto diverse. Servono **misure pubbliche universali**, non aiuti frammentati per categorie.
- **Cosa può fare la rete Caritas?** Valorizzare sempre di più l'aiuto alimentare come occasione di relazione e accompagnamento, e far conoscere a comunità e amministrazioni ciò che si vede nei territori.
- Le tonnellate distribuite misurano l'attività, non i risultati: il risultato che conta è quante persone avranno accesso al cibo di cui hanno bisogno, in qualità e quantità adeguate, e torneranno a scegliere da sole che cosa mettere in tavola.

IL DIRITTO ALLA SALUTE, TRA RESPONSABILITA' PUBBLICA E SUSSIDARIETA'. IL RUOLO CARITAS PER UN SERVIZIO SANITARIO PIU' INCLUSIVO

Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, rappresenta un principio fondamentale dello Stato sociale e un diritto che deve essere garantito a tutti, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali e dal luogo di residenza. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), ha affermato un modello universalistico fondato su solidarietà, uguaglianza, equità e finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale. Oggi questo modello si trova ad affrontare sfide sempre più complesse: sottofinanziamento, carenza di personale sanitario, liste d'attesa, disuguaglianze territoriali e aumento della spesa sanitaria a carico delle famiglie.

1. Le criticità del SSN e le disuguaglianze nell'accesso alle cure

Il 9° Rapporto della Fondazione GIMBE richiama l'attenzione in particolare su:

- *I "tagli invisibili".* 18,8 miliardi di euro di perdita di finanziamento rispetto alla crescita del PIL negli ultimi quattro anni, un divario stimato di 32,3 miliardi nel periodo 2027-2029 e una spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie pari a 42,4 miliardi di euro nel 2025.

- *Le disuguaglianze territoriali e la rinuncia alle cure.* 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 l'aumento della mobilità sanitaria e la rinuncia alle cure a causa di liste di attesa troppo lunghe o costi insostenibili per le prestazioni private. Nel 2025 il 9,6% della popolazione- 5,6 milioni di persone- ha dichiarato di aver rinunciato alle cure.

- *La carenza di personale e difficoltà organizzative.* La carenza di personale sanitario, l'insufficienza dei finanziamenti e le difficoltà organizzative rappresentano criticità strutturali che rischiano di compromettere la continuità e la qualità dell'assistenza, rallentando anche l'attuazione degli interventi previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR e il rafforzamento della sanità territoriale (Case di comunità, Ospedali di comunità, assistenza domiciliare, telemedicina).

2. Il ruolo Caritas nel contrasto alla povertà sanitaria

La rete Caritas rappresenta un osservatorio privilegiato sulle difficoltà che incontrano le persone più vulnerabili nell'accesso alla salute e alle cure. Grazie alla presenza capillare sul territorio e al contatto diretto con le situazioni di disagio, contribuisce a intercettare bisogni spesso poco visibili, legati alla povertà economica, all'esclusione sociale, all'isolamento e agli ostacoli amministrativi, culturali e linguistici.
La prima rilevazione nazionale di Caritas Italiana, realizzata nel 2026, ha censito 110 ambulatori e studi medici in 89 diocesi, su 200 diocesi che hanno partecipato all'indagine (44,5%).

Tab.1-Ambulatori/studi medici Caritas per macroregione (v.a.) - Anno 2026

Macroregione	v.a.
Nord	40
Centro	27
Mezzogiorno	43
Totale	110

Fonte: Caritas Italiana

Gli ambulatori nel 2025 hanno supportato 30.675 persone, per lo più persone in povertà economica (87,1% delle risposte), ma anche a persone prive di titolo di accesso al Servizio sanitario nazionale (77,2%). Gli assistiti sono equamente distribuiti tra cittadini italiani (49,8%) e stranieri (50,2%). Gli ambulatori si caratterizzano per una forte presenza del volontariato (98%) e per il radicamento nelle

realtà ecclesiali locali. La sostenibilità economica dipende prevalentemente dalle risorse delle diocesi, delle Caritas e degli enti gestori (87,1%), mentre solo il 20,8% delle realtà dichiara finanziamenti o convenzioni con enti pubblici.

Tab. 2- 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

3. Povertà e disuguaglianze di salute: le evidenze dai dati Caritas

La salute è uno degli ambiti in cui le disuguaglianze sociali ed economiche producono gli effetti più evidenti. Le persone con minori risorse economiche e livelli di istruzione più bassi risultano maggiormente esposte al rischio di esclusione sanitaria. Alle difficoltà economiche si aggiungono spesso ostacoli informativi e culturali, che rendono più difficile orientarsi tra servizi, procedure e opportunità di cura. Queste dinamiche emergono con particolare evidenza tra le persone incontrate dalla rete Caritas. Nel 2025, su 282.539 persone incontrate dai servizi Caritas informatizzati, il 16,1% ha manifestato fragilità sanitarie o specifiche richieste di aiuto legate alla salute, per un totale di oltre 44 mila persone. Si tratta di situazioni riconducibili a malattie croniche, disabilità, problemi di salute mentale o condizioni di salute aggravate dalla povertà e dall'esclusione sociale. Nel decennio 2015-2025 il numero delle persone con fragilità sanitarie è aumentato del 69,4%, mentre quello delle persone con disabilità e handicap è cresciuto del 102,6%, a fronte di un incremento complessivo del 48% degli assistiti. Le fragilità sanitarie, inoltre, raramente si presentano da sole. Ai problemi di salute si associano frequentemente difficoltà economiche, precarietà abitativa e lavorativa e isolamento sociale. Quasi sei persone su dieci con fragilità sanitarie (59,7%) presentano contemporaneamente tre o più ambiti di bisogno, una quota quasi tripla rispetto a quella rilevata tra chi non presenta problematiche di salute (21,1%). La situazione è ancora più critica in presenza di sofferenza mentale, dove la percentuale raggiunge il 78,7%.

Tab. 5 – Persone ascoltate con fragilità sanitarie e non, per numero di ambiti di bisogno (%) – Anno 2025

	1 ambito di bisogno	2 ambiti di bisogno	3 o più ambiti di bisogno	Totale
Persone con sofferenza mentale	5,7	15,6	78,7	100,0

Persone con fragilità sanitarie	14,9	25,4	59,7	100,0
Persone senza fragilità sanitarie	54,0	25,0	21,1	100,0

Fonte: Caritas Italiana

La presenza di problemi di salute si associa anche a percorsi di assistenza più lunghi e persistenti. Oltre un terzo delle persone con fragilità sanitarie (36,4%) è seguito dalla rete Caritas da almeno cinque anni, una quota significativamente superiore a quella rilevata tra gli altri assistiti (26,2%). In presenza di sofferenza mentale, la percentuale sale al 39,8%.

Tab.6. Persone ascoltate con fragilità sanitarie e non per storia assistenziale (%) - Anno 2025

	Nuovi ascolti	1-2 anni	3-4 anni	5 anni e più	Totale
Persone con sofferenza mentale	29,8	19,3	11,2	39,8	100,0
Persone con fragilità sanitarie	28,4	23,4	11,8	36,4	100,0
Persone senza fragilità sanitarie	39,5	22,7	11,5	26,2	100,0

Fonte: Caritas Italiana

4. Una sussidiarietà che rafforza la responsabilità pubblica: proposte e priorità

Alcune proposte:
- **Rafforzare la collaborazione territoriale:** promuovere accordi e protocolli tra Caritas, ASL, Comuni e servizi sociali per facilitare l'orientamento e l'accompagnamento delle persone più fragili verso i servizi competenti.
- **Collegare Caritas alle Case della Comunità:** valorizzare le organizzazioni di prossimità come interlocutori della rete sanitaria territoriale, attraverso procedure condivise e modalità operative concrete.
- **Potenziare l'integrazione sociosanitaria:** promuovere la piena diffusione dei Budget di salute, strumenti che integrano risorse sanitarie, sociali, economiche e relazionali in progetti personalizzati di cura e inclusione.
- **Intercettare i bisogni prima che diventino emergenze:** rafforzare il ruolo dei centri di ascolto e delle parrocchie attraverso la formazione dei volontari, l'orientamento ai servizi e iniziative di educazione alla salute.
- **Costruire reti tra organizzazioni sanitarie solidaristiche:** favorire la collaborazione tra Caritas, associazioni, realtà religiose e altri soggetti del Terzo settore per condividere competenze e risorse ed evitare duplicazioni.

Le priorità per il Servizio Sanitario Nazionale

- **Aumentare** e rendere stabile il finanziamento pubblico della sanità.
- **Ridurre le disuguaglianze territoriali** e garantire l'effettiva applicazione dei LEA in tutte le Regioni.
- Rafforzare il **personale sanitario** e i servizi territoriali.
- **Ridurre le liste d'attesa** e migliorare l'accessibilità delle prestazioni.

- Potenziare **l'assistenza domiciliare** e il sostegno alle famiglie e ai caregiver.
- Garantire una maggiore **integrazione tra servizi sanitari e sociali**, anche attraverso i Budget di salute.
- **Rimuovere le barriere** economiche, amministrative, linguistiche e informative che ostacolano l'accesso alle cure, con particolare attenzione alle persone migranti e ai soggetti più vulnerabili.
- **Investire nella prevenzione, nell'approccio One Health**, nella digitalizzazione e nel monitoraggio delle politiche sanitarie.

5. Conclusioni

È necessario un Servizio Sanitario Nazionale più forte, equo e accessibile, capace di garantire a tutti il diritto alla salute, indipendentemente dalle condizioni economiche e dal territorio di residenza. **Caritas può contribuire a rendere il sistema sanitario più vicino alle persone,** valorizzando la prossimità e le relazioni comunitarie, **senza sostituirsi alle istituzioni. La solidarietà non deve diventare un'alternativa al diritto alla salute,** ma uno **strumento per renderlo concretamente esigibile.**

LE SOLITUDINI IN UN WELFARE DA FAR CRESCERE

La solitudine rappresenta una sfida sempre più rilevante per il sistema di welfare italiano, in un contesto caratterizzato dall'aumento delle persone che vivono sole, dall'invecchiamento della popolazione e dall'indebolimento delle reti familiari e sociali. Nei prossimi anni questi fenomeni sono destinati ad accentuarsi, rendendo necessario un ripensamento dei servizi e degli interventi di sostegno, soprattutto nei confronti degli anziani e delle persone in condizioni di fragilità. Nel 2027 gli italiani che vivono soli raggiungeranno i 10 milioni e aumenteranno di altri 1,5 milioni nei vent'anni successivi. Nello stesso periodo le coppie senza figli, oggi 5,4 milioni supereranno i 6 milioni, mentre gli anziani ultra 75enni che vivono soli, oggi 4 casi su 10, diventeranno la maggioranza.
Un aspetto particolarmente significativo riguarda la condizione dei caregiver familiari, circa 7 milioni in Italia, spesso donne impegnate per anni nell'assistenza di familiari non autosufficienti. Il carico di cura tende a concentrarsi sempre più sui singoli individui, con una progressiva riduzione del sostegno da parte degli altri familiari e delle reti sociali. Risulta pertanto necessario rafforzare i servizi di assistenza, le misure di sollievo e gli interventi a sostegno di chi si prende cura delle persone fragili.
Il sistema di welfare italiano appare ancora poco preparato ad affrontare queste nuove forme di vulnerabilità. Gli interventi pubblici sono spesso caratterizzati da risposte standardizzate e prevalentemente economiche, basate su prestazioni definite, che non sempre riescono a intercettare i bisogni delle persone più isolate. La solitudine, infatti, tende a rimanere nascosta e difficilmente si traduce in una richiesta esplicita di aiuto. Diventa quindi fondamentale sviluppare servizi più vicini alle persone, capaci di ascoltare, orientare e accompagnare, superando la frammentazione burocratica e favorendo percorsi personalizzati.
In questa prospettiva, assumono particolare importanza alcuni strumenti e servizi territoriali:

- **Case della Comunità:** possono rappresentare un punto di riferimento per integrare assistenza sanitaria, servizi sociali e risorse territoriali, favorendo la collaborazione con il Terzo settore e le realtà locali.
- **Punti Unici di Accesso (PUA):** sono fondamentali per semplificare l'accesso ai servizi sociali e sanitari e favorire una presa in carico globale delle persone attraverso équipe multidisciplinari.
- **Pronto Intervento Sociale:** consente di rispondere tempestivamente alle situazioni di grave fragilità e isolamento, soprattutto nei casi di emergenza sociale.
- **Dimissioni protette:** garantiscono continuità assistenziale alle persone fragili dopo il ricovero ospedaliero, attraverso la collaborazione tra ospedali, servizi territoriali, Comuni e Terzo settore.
- **Cohousing e nuove forme abitative:** la condivisione degli spazi abitativi, anche tra generazioni diverse, può contrastare l'isolamento, favorire la socializzazione e sostenere l'autonomia delle persone anziane attraverso esperienze di mutuo aiuto.

Un ulteriore ambito riguarda l'utilizzo delle nuove tecnologie, come telemedicina, teleassistenza e dispositivi di monitoraggio, che possono contribuire a migliorare l'assistenza e ridurre l'isolamento. Tuttavia, questi strumenti devono essere accompagnati da servizi accessibili e da un adeguato supporto umano, per evitare che le difficoltà digitali e burocratiche aumentino ulteriormente le distanze tra le persone e il sistema di welfare.

Conclusioni

L'aumento della solitudine richiede un ripensamento del welfare sociale, che non può limitarsi all'erogazione di prestazioni economiche, ma deve **sviluppare interventi personalizzati**, capaci di intercettare i bisogni anche quando non vengono espressi. È necessario **promuovere un modello di welfare collaborativo e di prossimità, fondato sulla costruzione di alleanze concrete tra istituzioni pubbliche, servizi sanitari e sociali, Terzo settore e comunità locali**. Per realizzare questo modello sono indispensabili investimenti stabili, formazione e un maggiore coordinamento delle risorse territoriali, affinché le persone più fragili possano trovare risposte adeguate e non siano lasciate sole di fronte alle proprie difficoltà.