



Diocesi di Cassano all'Jonio



## **Dentro le ferite: la speranza che organizza futuro**

*Rapporto Caritas 2020–2025 nella Diocesi di Cassano all'Jonio*

DATA DI PUBBLICAZIONE: DICEMBRE 2025

## Per una Chiesa che ascolta il grido dei poveri

«Ho osservato la miseria del mio popolo... e ho udito il suo grido» (Es 3,7–8). Questo Rapporto nasce dall'ascolto di quel grido che ancora sale dai nostri paesi, dalle nostre case, dalle nostre solitudini.

In continuità con quanto ci ricorda Papa Leone XIV nell'Esortazione apostolica *Dilexite* — «Non siamo nell'orizzonte della beneficenza, ma della Rivelazione: il contatto con chi non ha potere e grandezza è un modo fondamentale di incontro con il Signore della storia» — la Caritas della Diocesi di Cassano allo Ionio si pone accanto ai poveri non per assisterli, ma per riconoscerli come profezia di Vangelo, presenza viva di Cristo.

Questo breve documento ci chiama a una scelta: non osservatori della povertà, ma costruttori di giustizia; non cronisti dell'emergenza, ma artigiani di fraternità.

Dove c'è una vita ferita, la Chiesa è inviata. Dove la dignità è negata, la Chiesa si inginocchia per rialzare chi è caduto. Dove la speranza sembra spenta, la Chiesa accende una luce.

Nessuno può sentirsi escluso da questo compito: organizzare la speranza, custodire la comunità, liberare la carità perché diventi stile di vita e scelta pubblica.

Le parole di Gesù — «I poveri li avete sempre con voi» (Mt 26,11) — non esprimono una rassegnata constatazione, ma una chiamata precisa: nel povero, il Signore è sempre con noi. In ogni volto ferito, in ogni storia spezzata, il Cristo si fa presenza viva, reale, concreta.

Chiedo a tutti gli uomini e le donne di buona volontà, alle istituzioni, alle realtà sociali, a ogni fedele: «Non lasciamo mai solo chi è solo; non giriamo lo sguardo; non lasciamo che il grido resti inascoltato».

Con gratitudine verso gli operatori, i volontari e le comunità che rendono credibile il Vangelo tra gli ultimi, vi consegno questo Rapporto come invito alla responsabilità e promessa di vicinanza.

*Cassano allo Ionio, anno del Signore 2025*

**+Francesco Savino**

Vescovo di Cassano allo Ionio

## 1. Introduzione

L'arco temporale 2020–2025 è stato scelto per consentire una lettura di medio periodo dei mutamenti sociali e delle risposte territoriali. Il quinquennio comprende la fase acuta della pandemia e gli anni successivi di assestamento, permettendo di osservare non solo l'emergenza ma anche la cronicizzazione e la trasformazione delle forme di povertà e di fragilità sociale.

Dal settembre 2020 all'ottobre 2025 la Caritas della Diocesi di Cassano allo Ionio ha attraversato una delle fasi storiche più complesse degli ultimi decenni: la crisi pandemica e gli effetti sociali ed economici che si sono protratti ben oltre l'emergenza sanitaria.

Il Centro di Ascolto si è confermato presidio di comunità, luogo in cui il bisogno incontra un volto, una risposta concreta e una possibilità di riscatto. In questi cinque anni più di duemila interventi hanno contribuito ad arginare situazioni di povertà materiale e a sostenere persone segnate da solitudine, perdita di lavoro, fragilità abitative e difficoltà socio-sanitarie.

Il presente Rapporto non si limita a fotografare numeri: interpreta la realtà per restituirle un senso. Racconta la trasformazione della povertà, divenuta struttura e non parentesi, e lo fa attraverso due prospettive tra loro intrecciate:

- il dato sociale che descrive i bisogni
- il dato umano che dà voce alla fragilità

*Perché ogni numero è un volto e ogni volto merita una storia di riscatto.*

## 2. Metodologia

I dati presentati nel presente Rapporto si basano sulla rilevazione effettuata presso i Centri di Ascolto diocesani, le Caritas parrocchiali strutturate e i servizi segnalati dalla Caritas diocesana nel quinquennio 2020–2025.

È importante precisare che la ricerca non ha carattere esaustivo: in diverse aree della Diocesi, infatti, la presenza dei presìdi Caritas non è ancora capillare e la raccolta sistematica delle informazioni è in fase di progressiva strutturazione.

Per questa ragione, il numero complessivo degli interventi rilevati va considerato come una stima per difetto del bisogno reale: ciò che restituiamo è un quadro attendibile delle dinamiche osservate, ma verosimilmente sottostimato rispetto all'insieme delle situazioni di fragilità presenti sul territorio.

Il Rapporto integra:

- i dati amministrativi del Centro di Ascolto nel periodo settembre 2020 – ottobre 2025

### Tabella riassuntiva interventi 2020–2025

**Tabella 1 — Interventi Caritas 2020–2025 per macro-periodo (stima qualitativa)**

| <b>Periodo</b>                       | <b>Interventi stimati</b> | <b>% sul totale</b> | <b>Evidenza sociologica</b>                         |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>2020–2022</b> (pandemia)          | 1.650                     | 77,6%               | Impennata bisogni essenziali e nuove povertà        |
| <b>2023–2025</b> (crisi strutturale) | 477                       | 22,4%               | Stabilizzazione di fragilità multiple (casa/sanità) |
| <b>Totale 2020–2025</b>              | <b>2.127</b>              | <b>100%</b>         | Transizione verso povertà multidimensionale         |

- la relazione annuale gennaio–ottobre 2025
- il raffronto con il Report Statistico Caritas Italiana 2025
- una lettura sociologica dei fenomeni osservati

Gli indicatori di analisi:

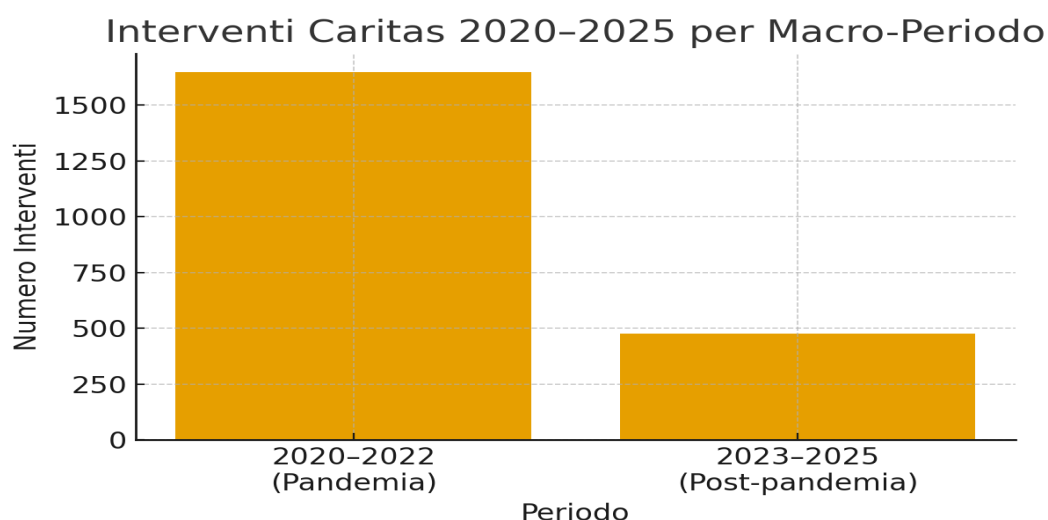
- Interventi: ogni azione di supporto (materiale, sanitario, abitativo)
- Prese in carico: percorsi attivati per accompagnamenti di medio-lungo periodo
- Macro-tipologie di bisogno: classificazione Caritas Italiana

## **Due macro-periodi storici**

Per interpretare correttamente i dati, il quinquennio è suddiviso in:

| <b>Periodo</b>   | <b>Contesto</b>               | <b>Caratteristiche emergenti</b>           |
|------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>2020–2022</b> | Pandemia e immediato post     | Nuove vulnerabilità, shock socio-economico |
| <b>2023–2025</b> | Crisi strutturale dei diritti | Casa, salute, lavoro povero                |

La distribuzione degli interventi nel quinquennio, evidenzia una marcata disparità tra la fase pandemica e quella successiva, confermando la necessità di una lettura diacronica del bisogno.



**Figura 1 — Interventi Caritas per macro-periodo 2020–2025**

Il picco degli interventi nella fase pandemica indica una risposta emergenziale intensa; nel post-pandemia la domanda sociale non si riduce ma si trasforma in fragilità più complesse e continuative.

### 3. La povertà come fenomeno multidimensionale

Parlare di povertà “multidimensionale” significa riconoscere che il disagio non si esaurisce nell’ insufficienza di reddito, ma nasce dall’intreccio di domini di vita – abitazione, salute, reti relazionali, lavoro, competenze che interagiscono in modo circolare, generando effetti esponenziali sulla vita sociale della persona. Non è solo accumulazione di problemi, è interdipendenza: un deficit in un ambito produce effetti a catena negli altri (es. precarietà abitativa → peggioramento della salute → perdita di occupabilità → isolamento).

#### 1) Abitazione – il dispositivo di stabilità.

La casa non è un bene “tra gli altri”: funge da infrastruttura sociale che rende praticabili ruoli e funzioni (cura dei figli, aderenza terapeutica, gestione dei tempi di lavoro).

L'instabilità abitativa – sfratti, morosità incolpevole, sovraffollamento – agisce come fattore scatenante di cadute rapide: interrompe routine, aumenta stress, frammenta le reti informali di aiuto, espone all'insicurezza e alla coabitazione forzata.

L'abitazione si configura come una *variabile ponte*, capace di connettere condizioni economiche, stato di salute e capitale sociale.

## **2) Salute – il moltiplicatore delle disuguaglianze.**

Le vulnerabilità sanitarie, soprattutto se croniche, riducono la capacità funzionale della persona, intesa come disponibilità di energie, tempo e mobilità. Inoltre comprimono il reddito disponibile (ticket, spostamenti, giornate di lavoro perse) e possono innescare rinunce cumulative (cure rimandate, alimentazione peggiorata).

Quando i servizi sono poco accessibili (liste d'attesa lunghe, costi indiretti), la malattia diventa fattore di impoverimento e non solo conseguenza della povertà: una retroazione negativa che cronicizza il bisogno.

## **3) Solitudine – il deficit di capitale sociale.**

La solitudine non è un dato psicologico privato, ma un indicatore strutturale: segnala assenza di legami attivabili (parenti, vicinato, reti associative) e dunque minore capacità di assorbire gli shock.

Dove le reti si assottigliano, aumentano i costi di transazione per ogni soluzione (trovare casa, accompagnamenti sanitari, cura dei minori) e la persona diventa più esposta a intermittenze: brevi riprese seguite da nuove cadute.

La povertà appare, dunque, come un sistema interdipendente di criticità strutturali in cui la perdita di una dimensione di vita – abitativa, sanitaria o relazionale – innesci processi di esclusione difficili da invertire. Questa lettura, maturata nell'esperienza dei nostri Centri di Ascolto, evidenzia la necessità di percorsi di accompagnamento lunghi,

capaci di ricostruire non solo risorse materiali, ma anche reti, fiducia e senso di appartenenza.

Questa cornice interpretativa apre a una *lettura diacronica del fenomeno*, che nei cinque anni osservati mostra trasformazioni diverse ma coerenti, dall'esplosione pandemica all'attuale stabilizzazione delle fragilità.

### **3. 2020–2022 – La povertà in pandemia**

Nel periodo più critico, il Centro di Ascolto ha registrato un aumento stimabile intorno *a un terzo delle richieste complessive*, con una prevalenza di nuclei familiari mai intercettati in precedenza dai servizi Caritas. Tale tendenza suggerisce un allargamento delle fasce di vulnerabilità, in particolare del ceto medio impoverito.

La crisi pandemica ha prodotto uno shock sociale senza precedenti nel territorio diocesano.

Tre fenomeni si intrecciano:

#### **Nuove fragilità economiche**

Il reddito familiare si è spesso dissolto in poche settimane: negozi chiusi, lavoro informale scomparso, contratti precari cessati senza tutele.

Molte persone hanno sperimentato per la prima volta l'umiliazione dell'imprevisto: non riuscire più a sostenere le spese essenziali, sentirsi “fuori posto” nel chiedere aiuto, scoprire quanto la propria sicurezza economica fosse molto più fragile di quanto si pensasse.

*«Mai avrei pensato di chiedere aiuto. Il mio negozio chiuso, i risparmi volati via.»*

Francesco, 51 anni

Questo ha trasformato il profilo dell'utenza: non solo marginalità storiche, ma interi segmenti del ceto medio impoverito, improvvisamente vulnerabile.

Nei 22 Comuni della Diocesi, la pandemia ha eroso in tempi rapidi la tenuta economica di una parte consistente del ceto medio.

Si stima che circa una famiglia su tre tra le nuove assistite non avesse mai avuto precedenti contatti con la Caritas, segno di un impoverimento trasversale e repentino. Tra questi, si distinguono piccoli commercianti, lavoratori autonomi stagionali, nuclei monoreddito con figli e professionisti a basso reddito: figure tradizionalmente autosufficienti, ma improvvisamente esposte a una perdita di capacità reddituale e di sicurezza sociale.

### **Solitudine e salute mentale**

Il confinamento ha agito come catalizzatore delle vulnerabilità interne: ansia, depressione, insonnia, perdita di motivazione e scopi.

Le relazioni, già precarie per molte famiglie, hanno subito una vera e propria interruzione funzionale: chi viveva conflitti domestici vi è rimasto intrappolato; chi non aveva legami forti si è scoperto senza alcuna rete di supporto.

La Caritas ha intercettato, in numerosi casi, situazioni di bisogno non immediatamente esplicitate: forme di *domanda latente* o *incompiuta*, in cui il disagio si manifestava più attraverso il silenzio e la ritrosia che tramite una richiesta esplicita di aiuto.

### **Casa come rischio sociale**

Molte famiglie non riuscivano più a sostenere utenze e affitto: la “casa” ha perso la sua funzione di rifugio e sicurezza, diventando luogo di precarietà e incertezza.

Nel contesto diocesano, il progressivo indebolimento del welfare familiare e la contrazione delle risorse pubbliche hanno trasformato l'abitare da presidio di stabilità a indicatore di diseguaglianza strutturale.

Le testimonianze raccolte restituiscono un quadro complesso: la pandemia ha agito come fattore di disvelamento, rendendo visibili fragilità sociali latenti e ridefinendo i confini della povertà.

Le dimensioni economiche, relazionali e simboliche si sono intrecciate, configurando un sistema di rischi interdipendenti in cui la perdita di reddito si accompagna alla rarefazione delle reti di fiducia e di sostegno.

Nei territori a elevato capitale relazionale, la crisi ha generato una rottura di fiducia orizzontale (tra pari) e verticale (verso le istituzioni), producendo nuove forme di isolamento e autoesclusione dai servizi.

Si tratta di un elemento decisivo per interpretare anche i dati quantitativi che seguono, i quali — pur nella loro parzialità — mostrano la progressiva emersione di una fascia di popolazione “nuova” per i Centri di Ascolto: famiglie e individui che prima della pandemia non si sarebbero mai riconosciuti in una condizione di bisogno. Le famiglie più fragili vivono una forma di precarietà abitativa estesa: non necessariamente senza casa, ma sempre sul limite dell'instabilità — affitti arretrati, contratti irregolari, coabitazioni forzate, abitazioni non dignitose. L'abitare diventa così un indicatore anticipatore di esclusione, perché concentra le fratture economiche, relazionali e simboliche della società.

I dati confermano che oltre tre quarti degli interventi complessivi del quinquennio 2020–2025 si concentrano nel periodo 2020–2022, quando l'impatto della pandemia ha agito da moltiplicatore di fragilità già presenti.

Per leggere correttamente questi numeri, si riportano di seguito le definizioni operative e i criteri di riferimento utilizzati nell'analisi.

## Nota metodologica

L'analisi si riferisce al quinquennio 2020–2025 e si basa sui dati raccolti dal Centro di Ascolto della Caritas Diocesana di Cassano all'Jonio.

- **Intervento:** singola azione di sostegno (economico, materiale, relazionale, orientativo).
- **Presa in carico:** percorso di accompagnamento nuovo avviato nel periodo considerato (persona o nucleo).
- **Persona unica:** beneficiario deduplicato, conteggiato una sola volta anche in presenza di più interventi.
- **Periodo di analisi:**
  - 2020 → fase emergenziale (lockdown e prima risposta)
  - 2021–2022 → incremento di accessi e nuove prese in carico
  - 2023–2025 → stabilizzazione e cronicizzazione dei bisogni
- **Confronti:** i dati locali vengono rapportati alla popolazione residente (circa 105.600 abitanti) e confrontati con i tassi regionali e nazionali riportati nel *Rapporto Statistico Caritas Italiana 2025* (anno di riferimento 2024).

Le lievi discrepanze tra il totale degli interventi e i sottototali riportati nelle tabelle di dettaglio dipendono da aggiornamenti successivi dei dati anagrafici e dalla rettifica di alcune registrazioni nei Centri di Ascolto.

In particolare, il totale di 2.136 interventi risultante dalla distribuzione per comune di residenza si riferisce alla versione più aggiornata del flusso informativo, mentre il valore di 2.127 interventi utilizzato nelle elaborazioni di sintesi rappresenta il database

“chiuso” al momento dell’analisi statistica. Le differenze (9 interventi, pari allo 0,4%) non modificano in modo significativo le tendenze descritte.

### **Andamento delle prese in carico**

Nel triennio 2020–2022, il Centro diocesano ha registrato una crescita media annua del 12% calcolata sul numero delle nuove prese in carico delle nuove prese in carico, non sul totale degli interventi, seguita da una stabilizzazione nel biennio 2023–2025.

L’ordine di grandezza è coerente con le circa 1.500 persone/nuclei unici intercettati, tenendo conto che molte prese in carico coinvolgono più componenti dello stesso nucleo.

L’aumento iniziale riflette l’urto sociale della pandemia; la successiva stabilizzazione, invece, indica che la povertà non è scomparsa, ma si è istituzionalizzata, assumendo forme più complesse, durature e multidimensionali.

## **4. 2023–2025 – La povertà che resta**

Terminata l’emergenza sanitaria, la domanda di aiuto non si è ridotta. È cambiato, piuttosto, il profilo del bisogno: oggi le persone che si rivolgono alle Caritas parrocchiali vivono fragilità più lunghe, complesse e instabili.

I problemi non si risolvono più attraverso contributi immediati o misure una tantum, ma richiedono continuità di presa in carico e accompagnamento nel tempo.

Sempre più frequentemente emergono situazioni in cui casa, salute e relazioni si intrecciano e si logorano simultaneamente, fino a compromettere diritti essenziali e condizioni di autonomia.

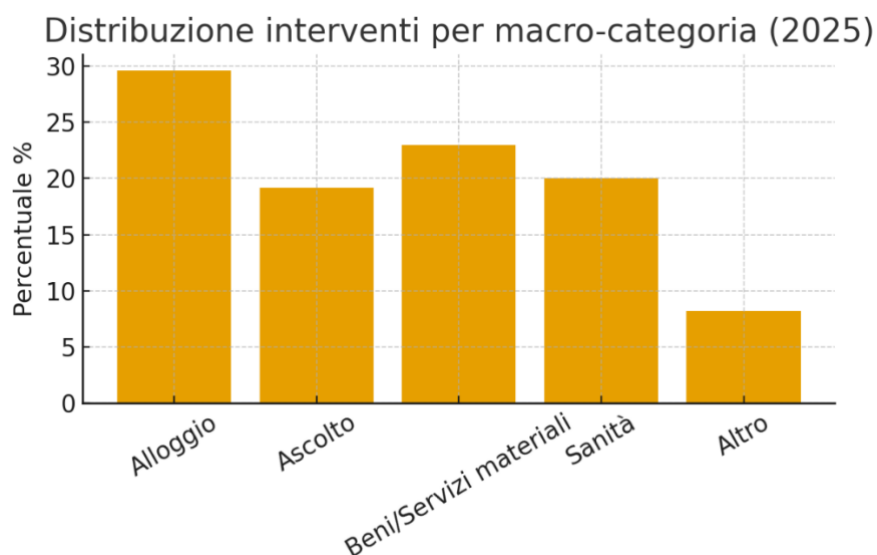
Anche chi riesce temporaneamente a superare la crisi resta esposto al rischio di ricaduta, segno di una povertà ricorrente e intermittente, legata a lavori precari, fragilità sanitarie o rotture familiari improvvise.

In questo scenario, il Centro di Ascolto si configura come nodo di protezione e orientamento: non solo luogo di erogazione di aiuti materiali, ma spazio di ricomposizione personale e sociale, in cui si ascolta, si accompagna e si coordina la risposta integrata dei servizi.

Le dinamiche descritte si riflettono nella distribuzione degli interventi del 2025, che restituisce l'immagine di una povertà composita e intrecciata.

La prevalenza dell'area abitativa, seguita dalle richieste di beni e servizi materiali e dal bisogno sanitario, conferma come le fragilità economiche si traducano rapidamente in vulnerabilità strutturali.

## “Distribuzione interventi per macro-categoria (2025)”



**Figura 2 — Distribuzione interventi per macro-categoria (Gennaio-Ottobre 2025)**

Fonte: Centro di Ascolto Caritas Diocesana 2025

La prevalenza delle richieste relative all'alloggio e alla sanità indica una povertà sempre più strutturale e multidimensionale, nella quale la casa e la salute diventano i diritti primari maggiormente fragili. Questo dato assume particolare rilievo se osservato in chiave diacronica:

- prima della pandemia, questi bisogni erano spesso conseguenza di condizioni già compromesse (malattie croniche, marginalità storiche, conflitti familiari). La casa e la salute rappresentavano l'ultima delle fragilità ad emergere.
- durante la pandemia, si sono trasformati in fattori di vulnerabilità immediata: la perdita del lavoro o la sospensione delle attività produttive ha reso ingestibili i costi abitativi, mentre l'accesso alle cure è diventato incerto o troppo costoso.
- nel post-pandemia, non sono rientrati entro livelli di “normalità”, ma sono diventati indicatori anticipatori del rischio di esclusione. Oggi la crisi abitativa e la rinuncia alle cure precedono la caduta nella povertà conclamata.

Siamo di fronte a un cambio di paradigma: ciò che un tempo rappresentava l'esito finale della povertà oggi ne costituisce il punto di partenza.

Per molte famiglie, il disagio segue traiettorie riconoscibili: la perdita o l'instabilità dell'abitazione segna l'inizio di un processo di vulnerabilità che coinvolge progressivamente salute, legami e autostima.

La povertà non è più un evento episodico, ma una condizione che si consolida nel tempo, alimentata dalla fragilità delle risorse materiali e relazionali.

Casa e salute emergono come fattori discriminanti: garantiscono continuità di vita o segnano la scivolata verso la marginalità.

La povertà abitativa e sanitaria si conferma così un *indicatore-sintomo* della transizione culturale in corso: dal *vivere di comunità al vivere soli dentro la comunità*, in una crescente esposizione al rischio sociale e alla perdita di fiducia.

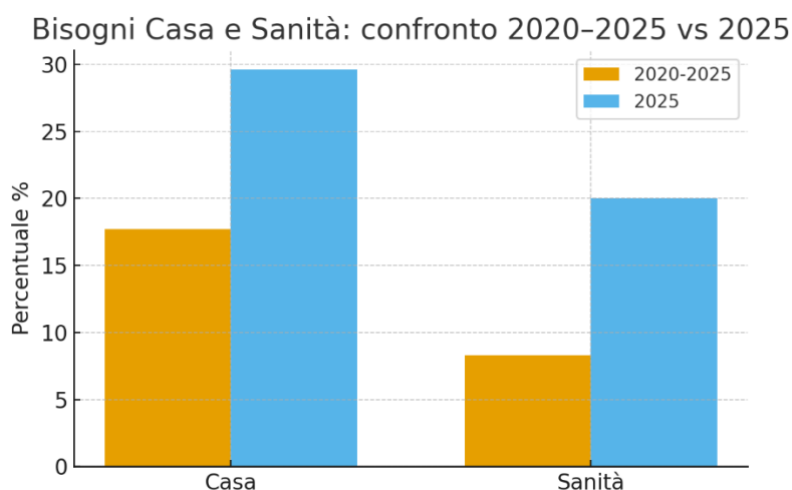
## **5. La casa come emergenza strutturale**

La casa è diventata la prima linea di frizione tra inclusione ed esclusione. Nel 2025 rappresenta la principale area di intervento del Centro di Ascolto.

«Ho un lavoro, ma ogni mese devo scegliere: affitto o mangiare.»

*Emilia, 38 anni*

### “Bisogni Casa e Sanità: confronto 2020–2025 vs 2025”



**Figura 3 – Bisogni Casa e Sanità: confronto 2020–2025 vs 2025**

La crescita del bisogno abitativo e sanitario nel 2025 segnala una crisi strutturale del welfare familiare e delle reti di prossimità. La Diocesi di Cassano all’Jonio comprende 22 comuni così distribuiti:

Albidona, Alessandria del Carretto, Altomonte, Amendolara, Canna, Cassano all’Jonio, Castrovillari, Cerchiara di Calabria, Francavilla Marittima, Laino Borgo, Laino Castello, Montegiordano, Morano Calabro, Mormanno, Nocera, Oriolo, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Lorenzo Bellizzi, Saracena, Trebisacce, Villapiana.

Il territorio diocesano conta una popolazione complessiva stimata di circa 108.600 abitanti (fonte Annuario CEI).

Se l’1% della popolazione manifesta un bisogno abitativo o sanitario severo, si parla già di oltre 1.000 persone; se consideriamo l’incidenza reale osservata nel Centro di

Ascolto Caritas — dove molte situazioni implicano bisogni multipli — la proporzione può salire fino al **2–2,5%** del totale, pari a circa **2.200–2.700** abitanti vulnerabili.

Una fragilità così estesa, in comunità piccole, non è un’eccezione: è un fenomeno sociale.

In questo contesto, la casa e la salute non sono più ambiti secondari del disagio, ma frontiere di esclusione, perché:

- l’abitazione non riesce più ad assorbire la crisi familiare ed economica;
- l’accesso alla cura si trasforma in discriminante sociale;
- le reti di prossimità non reggono più l’urto della solitudine

### **Evoluzione diacronica del fenomeno**

| <b>Periodo</b>              | <b>Evidenza sociologica</b>                            | <b>Impatto territoriale</b>                             |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Prima del Covid</b>      | Casa e salute come effetti <i>finali</i> della povertà | Maggiore capacità delle famiglie di assorbire gli shock |
| <b>2020-2022 (pandemia)</b> | Crescita rapida dei bisogni primari                    | Welfare familiare in tilt                               |
| <b>2023-2025 (oggi)</b>     | Casa e salute come segnali d’allarme anticipati        | Povertà multidimensionale e cronicizzazione             |

Nel periodo post-pandemico, la povertà si stabilizza in forme multidimensionali: i bisogni abitativi e sanitari non sono più episodi temporanei, ma indicatori di un disagio radicato, che attraversa più dimensioni della vita e resiste nel tempo.

In una comunità di dimensioni contenute, il fatto che centinaia di nuclei chiedano aiuto su casa e salute rappresenta una trasformazione sociale profonda: non si tratta di emergenza transitoria, ma di una nuova normalità del bisogno.

## 6. Sanità: tra vulnerabilità e rinuncia alle cure

Curarsi non è più garantito allo stesso modo per tutti. Nella circoscrizione della Diocesi di Cassano all'Jonio, la fragilità sanitaria si è trasformata in una delle ferite più profonde della povertà contemporanea.

Il dato del “Fondo Famiglie” — 46 pratiche in cinque anni (2020–2025) con destinazione esclusiva alle spese sanitarie dal 2023 (viaggi, visite specialistiche, cure fuori regione) — segnala una chiara priorità emergente: la salute sta diventando un fattore di esclusione e di rischio.

### Rinunce e posticipazioni nelle cure sanitarie

Le famiglie seguite dalla Caritas Diocesana hanno spesso dovuto rinunciare o posticipare cure necessarie a causa di una combinazione di fattori economici, organizzativi e relazionali:

- **Costi insostenibili** per visite specialistiche, farmaci o spese di trasporto verso strutture sanitarie;
- **Tempi di attesa eccessivi** nel Servizio Sanitario Regionale, che rendono inaccessibili molte prestazioni in tempi compatibili con la gravità dei bisogni;
- **Carenze strutturali** del sistema sanitario territoriale, in particolare nelle aree periferiche e interne della diocesi, dove i servizi di prossimità risultano discontinui o assenti; si registra altresì la mancanza di specialistica in vari ambiti della medicina;
- **Assenza di reti familiari o di trasporto sociale**, che impedisce a persone anziane o fragili di raggiungere i centri di cura;
- **Mancanza di fiducia nel sistema sanitario**, maturata dopo esperienze di inefficienza o di abbandono percepito, che si traduce in una progressiva sfiducia nelle istituzioni e nell'accesso ai servizi.

A livello nazionale, circa il 9,9% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato a cure necessarie nel 2024.

Applicando questo indicatore al territorio diocesano (circa 105.600 abitanti), si può stimare che almeno una persona su dieci abbia sperimentato, nell'ultimo anno, una condizione pregiudicata di accesso alle cure.

Pur in assenza di dati locali disaggregati, tale incidenza risulta coerente con la pressione sanitaria rilevata dai Centri di Ascolto, segno di un bisogno crescente di tutela sociosanitaria di base.

Questa trasformazione evidenzia cinque implicazioni centrali:

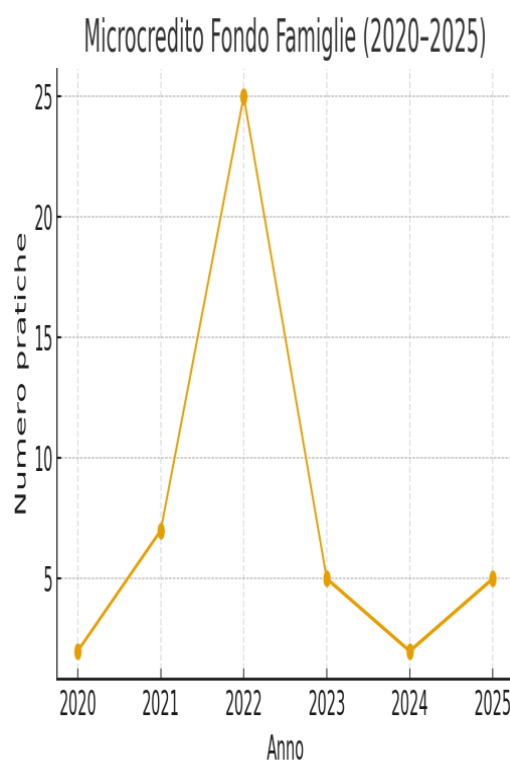
1. Salute come discriminante sociale – la possibilità di curarsi diventa una misura concreta di cittadinanza; le barriere economiche, logistiche e temporali producono vulnerabilità croniche.
2. Ripercussione sul capitale umano – malattie non trattate o rinviate riducono partecipazione lavorativa e progettualità familiare.
3. Indebolimento delle reti di prossimità – nei piccoli comuni la tradizionale assistenza informale (parentela, vicinato) mostra limiti strutturali: la solitudine sanitaria si intreccia con l'isolamento relazionale.
4. Temporalità del bisogno – la risposta non può essere episodica: serve continuità, rete e sostegno, come dimostrano le esperienze del *Fondo Famiglie*.
5. Mutamento strutturale – la difficoltà di accesso alla salute non è più conseguenza della povertà, ma uno dei suoi principali fattori di ingresso.

In conclusione, nei ventidue comuni della Diocesi di Cassano allo Ionio — territori un tempo sorretti da forti legami comunitari — la fragilità sanitaria emerge come uno dei sistemi di esclusione più silenziosi e persistenti: quando la salute vacilla, la rete si indebolisce e i tempi di ripresa si dilatano, accrescendo la vulnerabilità complessiva.

Tra le misure di sostegno attivate, il *Fondo Famiglie* rappresenta uno strumento di microcredito a forte valenza sociale.

L'andamento delle pratiche nel periodo 2020–2025 riflette l'impatto della crisi pandemica e la successiva fase di assestamento, come mostra il grafico seguente.

### Microcredito Fondo Famiglie (2020–2025)



**Figura 4 — Microcredito Fondo Famiglie 2020–2025**

Il picco del 2022 corrisponde alla fase più acuta della crisi economica che ha seguito l'ondata pandemica: perdita del lavoro, redditi intermittenti, rialzo dei costi dei trasporti, pressione inflattiva su famiglie già fragili.

La scelta dal 2023 di destinare ‘il Fondo Famiglie’ unicamente alle spese sanitarie evidenzia una nuova forma di povertà permanente: la povertà sanitaria, che non si esaurisce con un episodio acuto, ma accompagna per lungo tempo la vita delle persone.

Nel territorio diocesano si stima che tra l’8% e il 12% della popolazione incontri almeno una barriera rilevante nell’accesso alle cure — costi, trasporti o tempi d’attesa. Ne emerge un quadro in cui il diritto alla salute si fa diseguale, la malattia diventa fattore anticipatore di povertà, e la coesione comunitaria non riesce più a compensare le carenze del sistema sanitario pubblico.

#### **Focus: Microcredito “Fondo Famiglie”**

Nel 2025 sono state attivate 5 pratiche di microcredito per sostenere spese sanitarie connesse a malattie gravi e cure fuori regione.

Ogni pratica ha previsto un importo di € 3.000,00, per un totale complessivo di € 15.000,00 erogati.

| <b>Indicatore</b>          | <b>Valore</b>                        |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Numero pratiche attivate   | 5                                    |
| Importo unitario           | € 3.000                              |
| Totale complessivo erogato | € 15.000                             |
| Finalità prevalente        | Cure e spese sanitarie fuori regione |

Il Fondo ha rappresentato una leva di sostegno familiare, permettendo di affrontare spese impreviste che avrebbero potuto compromettere la stabilità economica dei nuclei coinvolti.

L’esperienza evidenzia la necessità di presidiare la povertà sanitaria e di mantenere strumenti di microcredito sociale capaci di integrare le risposte istituzionali.

## **Dati complessivi, incidenza territoriale e nuove prese in carico (2020–2025)**

Nel periodo analizzato, il Centro di Ascolto ha registrato 2.127 interventi complessivi, corrispondenti a circa 1.500 persone uniche assistite (*rapporto medio interventi/persona: 1,4*). I dati si riferiscono al totale degli interventi realizzati nel periodo, comprensivi di più azioni rivolte alla stessa persona.

Nel totale degli interventi sono compresi anche quelli riconducibili al progetto di contrasto alla povertà educativa “*L’appetito vien studiando*”, promosso dalla Caritas diocesana.

Gli interventi del progetto – sostegni materiali, accompagnamenti educativi, percorsi di aiuto allo studio – sono stati contabilizzati all’interno del quadro generale perché espressione ordinaria della missione di prossimità della Caritas e non attività “a parte” rispetto al lavoro dei Centri di Ascolto.

## Elaborazione

Seleziona il centro

**Torna**

CdA: Tutti (v. Evol) - Numero interventi  
Registrazioni dal 01/09/2020 al 10/10/2025  
Variabile Riga: Comune di residenza

| Comune di residenza        | Totale       | %            |
|----------------------------|--------------|--------------|
| [No Value]                 | 78           | 3,7          |
| [No Value]                 | 1            | 0,0          |
| San Marcello Piteglio (PT) | 2            | 0,1          |
| Flumicino (RM)             | 3            | 0,1          |
| Napoli (NA)                | 11           | 0,5          |
| Albidona (CS)              | 10           | 0,5          |
| Altomonte (CS)             | 70           | 3,3          |
| Campana (CS)               | 2            | 0,1          |
| Canna (CS)                 | 10           | 0,5          |
| Cassano all'Ionio (CS)     | 845          | 39,6         |
| Castrovillari (CS)         | 612          | 28,7         |
| Cerchiara di Calabria (CS) | 70           | 3,3          |
| Cosenza (CS)               | 6            | 0,3          |
| Francavilla Marittima (CS) | 36           | 1,7          |
| Laino Castello (CS)        | 41           | 1,9          |
| Montegiordano (CS)         | 55           | 2,6          |
| Morano Calabro (CS)        | 50           | 2,3          |
| Mormanno (CS)              | 25           | 1,2          |
| Rocca Imperiale (CS)       | 31           | 1,5          |
| Roggiano Gravina (CS)      | 4            | 0,2          |
| Roseto Capo Spulico (CS)   | 12           | 0,6          |
| San Basile (CS)            | 2            | 0,1          |
| Trebisacce (CS)            | 135          | 6,3          |
| Villapiana (CS)            | 16           | 0,7          |
| Corigliano-Rossano (CS)    | 9            | 0,4          |
| <b>Totale</b>              | <b>2.136</b> | <b>100,0</b> |

La distribuzione territoriale degli interventi mostra una forte concentrazione nei comuni di Cassano all'Ionio (39,6%) e Castrovillari (28,7%), che insieme raccolgono quasi i due terzi delle azioni di sostegno.

Seguono, con quote più contenute ma significative, Trebisacce (6,3%), Altomonte (3,3%), Cerchiara di Calabria (3,3%) e un gruppo di piccoli comuni che, pur con numeri assoluti ridotti, confermano la diffusione della fragilità in tutto il territorio diocesano. La presenza di interventi riferiti a residenti in altri contesti (come Flumicino, Napoli o San Marcello Piteglio) e i casi privi di residenza dichiarata segnalano sia forme di mobilità e sradicamento, sia situazioni di marginalità

amministrativa. Nel complesso, il dato conferma che la domanda di aiuto si concentra nei poli urbani maggiori ma attraversa anche i centri minori, indicando una povertà a “macchia di leopardo” che coinvolge l’intera Diocesi.

La componente femminile risulta significativa, in particolare di donne italiane, spesso madri sole o caregiver familiari.

Rapportando le **persone/nuclei unici intercettati** alla popolazione diocesana (108.600 abitanti), l’incidenza stimata è pari a circa **l’1,4%** (1.500 su 108.600). **Se si considera la sola nuova presa in carico** (793 casi), l’incidenza è pari a circa **lo 0,7%**.

### **Nuove prese in carico nel quinquennio 2020–2025**

Nel periodo 2020–2025, il Centro di Ascolto ha attivato 793 nuove prese in carico, pari al 37% del totale degli interventi e a circa una persona su due tra quelle incontrate nel quinquennio.

Il dato conferma la costanza della domanda di aiuto e l’emergere di una fascia di “nuovi poveri” che, soprattutto nei primi anni post-pandemia, ha reso necessario un accompagnamento continuativo e personalizzato.

### **Confronto con il quadro regionale (Calabria 2024)**

In Calabria, la rete Caritas ha accolto 5.042 persone (1,8% del totale nazionale), di cui il 45,7% “nuovi poveri”, un valore più alto rispetto alla media nazionale (37,7%).

La composizione regionale evidenzia una leggera prevalenza maschile (51,8%), un equilibrio tra italiani e stranieri (49–50%), e un’elevata incidenza di disoccupati (45,3%) e di persone in grave vulnerabilità abitativa (15,5%).

Rispetto a questo quadro, la Diocesi di Cassano all'Jonio si caratterizza per una presenza più femminile e italiana, ma con fragilità strutturali analoghe o più acute, in particolare sul versante abitativo e sanitario.

## 7.Focus 2025 – Dove si concentra oggi la domanda sociale?

Nel periodo gennaio – ottobre 2025, il Centro di Ascolto della Caritas Diocesana di Cassano all'Jonio ha registrato 135 interventi complessivi, a conferma di una domanda di aiuto che non accenna a diminuire.

Le persone incontrate provengono da contesti diversi, ma condividono una condizione di instabilità sociale e relazionale che amplifica il bisogno materiale.

| <b>Indicatore</b>     | <b>Valore</b>      | <b>Osservazioni sociologiche</b>                                           |
|-----------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Totale interventi     | <b>135</b>         | Domanda costante di aiuto, segno di fragilità persistente nel territorio.  |
| Donne                 | <b>63 (46,7%)</b>  | Prevalenza di madri sole o caregiver familiari.                            |
| Uomini                | <b>72 (53,3%)</b>  | Molti con precedenti occupazioni informali o precarie.                     |
| Italiani              | <b>101 (74,8%)</b> | Crescente vulnerabilità interna, non solo migratoria.                      |
| Stranieri             | <b>34 (25,2%)</b>  | Prevalenza di nuclei isolati, con minore accesso ai servizi.               |
| Nuove prese in carico | <b>67 (49,6%)</b>  | Quasi 1 su 2 è una storia nuova: la povertà non si esaurisce, si rigenera. |

Le principali aree di intervento mostrano una netta prevalenza di bisogni legati all'abitazione e alla sanità, seguiti da richieste di ascolto e di beni materiali:

| <b>Macrovoce</b>         | <b>% sul totale</b> | <b>Interventi stimati</b> | <b>Commento sociologico</b>                                                   |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Alloggio                 | <b>29,6%</b>        | 40                        | Crisi abitativa come primo segnale di vulnerabilità strutturale.              |
| Sanità                   | <b>20,0%</b>        | 27                        | Crescente povertà sanitaria: accesso alle cure sempre più diseguale.          |
| Beni e servizi materiali | <b>23,0%</b>        | 31                        | Domanda costante, ma spesso legata a problemi di reddito instabile.           |
| Ascolti                  | <b>19,2%</b>        | 26                        | L'ascolto resta intervento cardine: primo spazio di fiducia e ricomposizione. |
| Altro                    | <b>8,2%</b>         | 11                        | Comprende spese scolastiche, trasporti, sostegni urgenti.                     |

## **Il denominatore comune: solitudine e incertezza**

I dati parlano chiaro: la povertà contemporanea è il risultato di una deprivazione multidimensionale, dove il reddito è solo una delle variabili di un più ampio deficit di risorse materiali e simboliche.

Tre processi sono evidenti:

### **1) Isolamento crescente**

Il venir meno delle reti familiari e informali aumenta il rischio di rottura improvvisa del proprio equilibrio di vita.

Dove un tempo interveniva la famiglia o il vicinato, ora c'è vuoto sociale.

### **2) Precarietà identitaria**

La perdita di una casa stabile o la difficoltà a curarsi generano insicurezza esistenziale: non si sa più dove stare, chi si è, a chi chiedere.

### **3) Transizione da povertà “puntuale” a povertà “intermittente”**

Si alternano fasi di apparente stabilità a ricadute rapide: una bolletta, una visita medica urgente, una rottura familiare e il sistema crolla. Anche

quando hanno un lavoro, molte persone vivono in una condizione di sospensione esistenziale e sociale.

### **Quando la povertà diventa solitudine sociale**

Sempre più spesso, dietro le richieste d'aiuto, non c'è soltanto una mancanza materiale, ma una rottura relazionale: famiglie frammentate, reti di vicinato svuotate, comunità incapaci di sostenere i propri membri nei momenti di caduta.

Nel territorio sibarita, per esempio, si registra una rarefazione delle reti di prossimità e di solitudine domestica, indicatori che rendono più fragile la tenuta sociale.

Dunque, nella nostra diocesi questa realtà assume un rilievo particolare: in territori piccoli, dove tradizionalmente la coesione dovrebbe proteggere e il venir meno dei legami ha amplificato la fragilità.

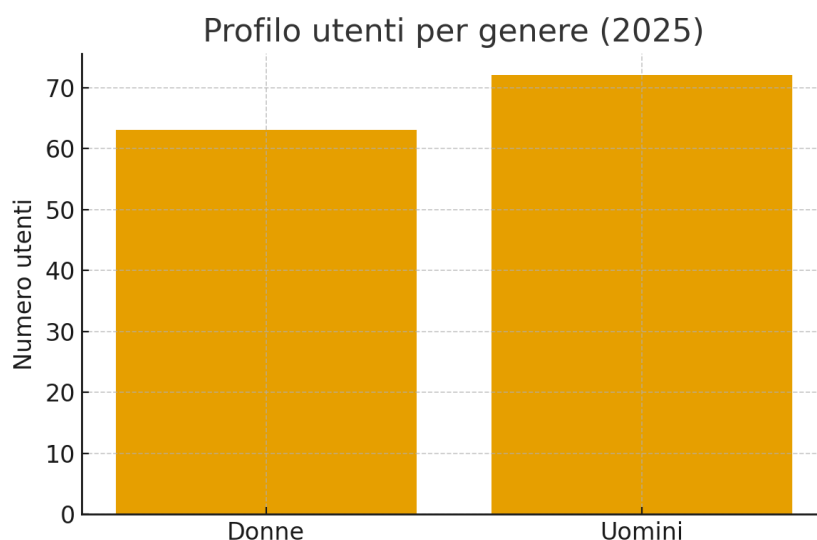
Quando la solidarietà di prossimità si indebolisce, ogni evento critico — la perdita di un lavoro, una malattia, una separazione — rischia di trasformarsi in un crollo totale. In questa prospettiva, la povertà non è più soltanto assenza di risorse, ma assenza di relazioni significative, cioè di quei legami che danno senso, orientamento e fiducia nel futuro.

Per questo l'azione Caritas non si limita ad "aiutare" ma ricuce, rimette in circolo le relazioni, costruisce appartenenza.

Ogni ascolto è un tentativo di restituire a chi è caduto una comunità a cui appartenere — perché, come mostrano i dati, dove le relazioni resistono, anche la povertà trova meno spazio per radicarsi.

Il Centro di Ascolto diventa così presidio relazionale prima ancora che luogo di aiuto economico:

spazio dove essere visti, riconosciuti, sostenuti nella ricostruzione della propria autodeterminazione.



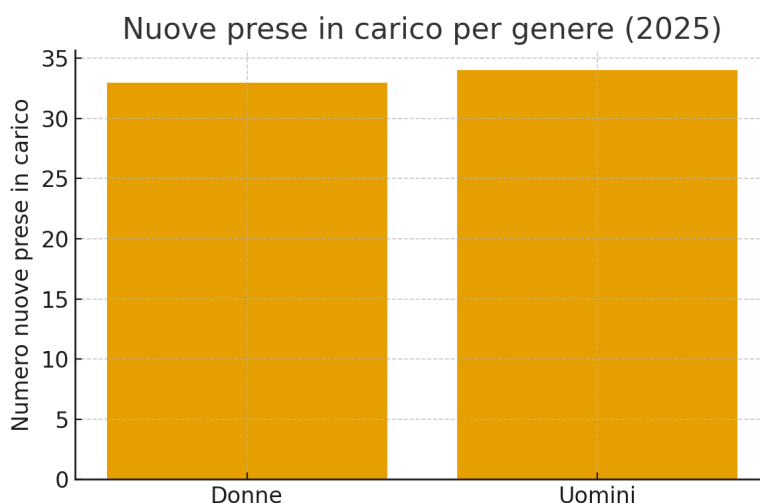
**Figura 5— Profilo utenti per genere (2025)**

Il numero di uomini e donne che si rivolgono al Centro di Ascolto è pressoché equilibrato, a conferma di una trasversalità della povertà rispetto al genere.

La povertà non distingue più categorie: intercetta condizioni, entra negli interstizi della vita adulta, dove il reddito non garantisce stabilità e le relazioni non forniscono protezione.

Oggi la vulnerabilità è un fenomeno “a scacchiera”: può emergere ovunque, senza preavviso.

## Nuove prese in carico per genere (2025)



**Figura 6— Nuove prese in carico per genere (2025)**

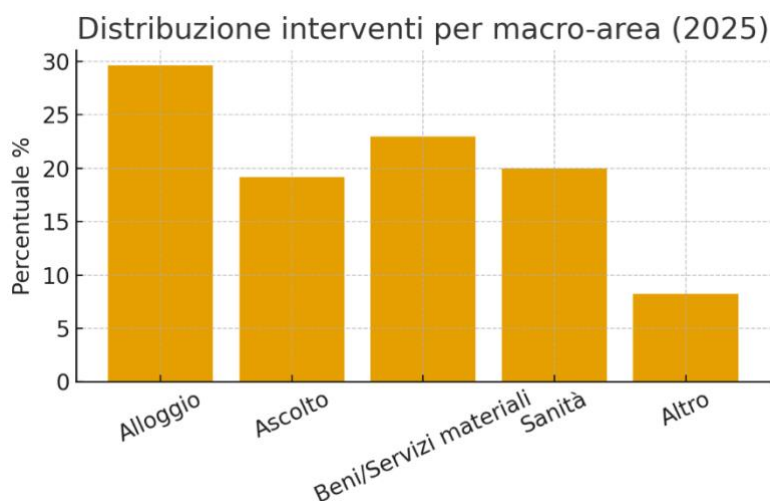
Quasi 1 caso su 2 (48-50 %) è una storia nuova: negli ultimi 10 mesi del 2025 ben 67 su 135 interventi hanno riguardato persone mai prese in carico prima dal Centro di Ascolto.

La povertà non si esaurisce, si rigenera.

Nel territorio della Diocesi di Cassano all'Jonio, questo dato assume rilievo: se consideriamo la popolazione adulta in condizione di fragilità (ad esempio circa l'8 % degli abitanti), la “quota storie nuove” segnalata dal Centro di Ascolto indica che un numero rilevante di soggetti entra ogni anno nei circuiti di assistenza — non come episodio isolato, ma come avvio di un percorso più lungo.

*Nota esplicativa: la percentuale del 48-50% fa riferimento al rapporto tra nuove prese in carico (67) e interventi totali (135) registrati dal Centro di Ascolto nei primi 10 mesi del 2025. Si tratta di una stima interna al dato e non di rilevazione campionaria.*

## Distribuzione interventi per macro-area (2025)



**Figura 7 — Distribuzione interventi per macro-area (2025)**

La prevalenza degli interventi su alloggio e sanità segnala un cambiamento strutturale della domanda sociale: si chiede diritto alla casa e alla cura.

L'azione Caritas si inserisce negli interstizi del welfare, là dove i diritti formali non trovano corrispondenza in pratiche di tutela effettiva. È qui che l'ascolto diventa strumento di cittadinanza e ricomposizione sociale.

Possiamo dire che la povertà contemporanea nega aspetti fondamentali della cittadinanza sociale: non solo diritti civili o politici, ma le condizioni concrete per condurre una vita dignitosa (casa, salute, relazioni).

Quando questi diritti vengono meno, emerge ciò che alcuni studiosi definiscono “cittadinanza vulnerabile”: non si è esclusi formalmente dalla società, ma si resta ai margini della piena partecipazione. È qui che la Caritas diventa attore cruciale, perché intercetta la domanda di quei diritti “primari” — abitare, curarsi, essere riconosciuti — che rappresentano l’ossatura stessa della vita sociale.

Non è solo beneficenza: è azione di riabilitazione sociale, per restituire spazio, voce e opportunità a chi rischia di sparire dalle mappe del welfare istituzionale.

### Raffronto tra Caritas Cassano e Caritas Italiana – 2025

Il confronto con i dati nazionali indica una **forte coerenza** tra quanto osservato nella Diocesi di Cassano allo Ionio e le tendenze rilevate dalla rete Caritas Italiana:

| Indicatore                                  | Italia 2024–2025*                                                                                           | Cassano 2025                                                        | Evidenza sociologica                                      |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Povertà assoluta/incidenza nuclei sostenuti | 6‰ nuclei fam. raggiunti da Caritas italiana<br>sintesi_report-statistico-Carit...<br><b>37,7%</b> dei casi | <b>circa 1–1,5%</b> della popolazione diocesana (stima qualitativa) | Maggiore esposizione territoriale a fragilità strutturali |
| Nuovi ascolti                               | sintesi_report-statistico-Carit...<br><b>56,4%</b> cumula $\geq 2$ problemi                                 | <b>50%</b> dei casi                                                 | Povertà in <b>rigenerazione</b> , non in ricambio         |
| Povertà multidimensionale                   | sintesi_report-statistico-Carit...<br><b>23,5%</b> occupati assistiti                                       | <b>Casa + sanità</b> come principali ambiti                         | Rischio marginalità crescente                             |
| “Lavoro povero”                             | sintesi_report-statistico-Carit...                                                                          | Presenza diffusa nei casi locali                                    | Il lavoro non protegge più                                |

\*laddove disponibile, si fa riferimento ai dati 2024 con valenza sull’andamento 2025

Nelle piccole diocesi del Mezzogiorno, la povertà assume una maggiore intensità sociale: colpisce comunità ristrette, dove la perdita della rete familiare e la distanza dai servizi amplificano l'impatto delle fragilità.

La marginalità, in questo contesto, non è episodica ma sistemica: la debolezza del mercato del lavoro, segnato da occupazioni intermittenti e poco tutelate, trasforma il lavoro stesso in fattore di rischio.

La spesa sociale territoriale, limitata rispetto alla domanda, e un capitale infrastrutturale ridotto — nei trasporti, nella sanità e nell'istruzione — accentuano la distanza dai diritti di cittadinanza.

La persistenza del bisogno dopo la pandemia riflette dunque non un'emergenza passeggera, ma una transizione incompiuta verso uno sviluppo più equo e sostenibile.

## **8. Raccomandazioni e Proposta Operativa**

La Caritas è chiamata a un cambiamento di passo che non riguarda solo ciò che fa, ma come lo fa nel territorio. La crisi della povertà attuale chiede accompagnamento, relazione, rete: nessuna istituzione può reggere da sola.

### **1. Accompagnamento personalizzato — la povertà come biografia, non come categoria**

Ogni persona porta con sé una storia che non è sovrapponibile alle altre: ciò richiede progettualità educativa e affiancamento continuativo.

Non bastano risposte immediate: serve costruire capacità, aiutare a ri-attivare risorse

personali, far sì che la persona torni soggetto della propria vita. Non “utenti”, ma persone in relazione.

Questo rappresenta una trasformazione: dalla logica prestazionale alla logica trasformativa.

## **2. L’ascolto come primo intervento — il diritto a essere riconosciuti**

L’ascolto non è un atto preliminare: è cura attiva.

Intercetta precocemente il rischio sociale, previene la cronicizzazione del disagio e riattiva reti di prossimità.

In un territorio dove la sfiducia si è sedimentata, ascoltare significa ricucire fiducia e cittadinanza, restituendo parola e dignità a chi vive forme di esclusione.

Per la Caritas, ogni percorso di sostegno nasce da qui: dall’ascolto come fondamento di comunità e leva di corresponsabilità.

È necessario rafforzare la formazione degli operatori e la presenza dei presìdi di ascolto nei territori, perché solo una prossimità competente e stabile può trasformare la solidarietà in giustizia sociale effettiva.

## **Casa e salute — i diritti sociali del nuovo secolo**

Abitare e curarsi rappresentano oggi i nuovi diritti di cittadinanza dei fragili, i primi a incrinarsi quando la vita familiare o lavorativa non regge più l’urto dei costi e dei tempi.

Il tradizionale welfare familiare, su cui si è storicamente retto l’equilibrio sociale, mostra oggi tutti i suoi limiti: la casa e la cura non sono più garantite dalle reti parentali, ma richiedono una presenza territoriale competente.

Sostenere la stabilità abitativa significa intervenire prima che la fragilità diventi emergenza, prevenendo sfratti, morosità incolpevole e precarietà; facilitare l'accesso alle cure significa rimuovere le barriere economiche e logistiche che trasformano la malattia in esclusione.

Nel contesto calabrese, il tasso di mobilità sanitaria passiva — cioè la quota di cittadini che si spostano verso altre regioni per cure specialistiche — rimane tra i più alti d'Italia.

Secondo l'Fondazione GIMBE sulla mobilità sanitaria interregionale, la Calabria presenta un **saldo economico di mobilità passiva** tra i più elevati a livello nazionale (ad es. nel 2022: saldo passivo  $\approx -305$  milioni di euro), segnale di una fuoriuscita strutturale di pazienti e risorse verso regioni più attrattive.

I flussi risultano diretti prevalentemente verso Emilia-Romagna, Lombardia e Lazio, segnalando una persistente disuguaglianza territoriale nell'accesso ai servizi sanitari.

### **Networking e sussidiarietà — il cambio di paradigma**

Il welfare contemporaneo non può essere assicurato da un solo soggetto: richiede reti territoriali integrate, capaci di unire istituzioni, Terzo Settore e comunità. La Caritas è chiamata ad agire come nodo di governance locale, promuovendo co-progettazione con i Comuni, coordinamento stabile con scuole, sanità e servizi sociali, e partenariati orizzontali con parrocchie e associazioni. In questa logica di sussidiarietà circolare, il cittadino non è destinatario ma co-produttore di benessere, e la comunità diventa laboratorio di corresponsabilità.

## **Presìdi permanenti — la presenza che precede la richiesta**

La povertà intermittente non può essere attesa: va incontrata nei luoghi dove nasce. Servono presìdi territoriali permanenti che uniscano ascolto, accompagnamento personalizzato, educazione economica e sanitaria, ricostruzione delle reti familiari. Questi spazi non distribuiscono solo aiuti, ma ricostruiscono senso e fiducia, trasformando il bisogno in opportunità di rinascita sociale.

## **Il lavoro di sistema — dalla risposta all'organizzazione**

La vera sfida è passare dalla risposta singola al lavoro di sistema. Nel territorio di Cassano allo Ionio, frammentato e con servizi discontinui, la Caritas è chiamata a essere catalizzatore di rete, connettendo livelli istituzionali, enti pubblici e soggetti civili in un quadro unitario di prossimità organizzata. Ciò implica co-programmare con i Comuni, consolidare alleanze con scuole e strutture sanitarie, e valorizzare il capitale relazionale diffuso.

In questa prospettiva, la Caritas diventa infrastruttura sociale di comunità: non solo luogo di aiuto, ma dispositivo generativo di coesione e fiducia pubblica.

## **9. Conclusioni – Oltre la soglia del bisogno**

Il quinquennio 2020–2025 evidenzia una trasformazione profonda delle forme di marginalità nel territorio della Diocesi di Cassano all'Ionio. La povertà non si manifesta più come evento episodico o come esclusione stabile, ma come condizione intermittente, dove casa e salute rappresentano i primi diritti in frattura.

La domanda di aiuto, pur oltrepassata la fase emergenziale, resta elevata e segna un cambiamento di natura: fragilità cumulate, precarietà identitaria e indebolimento delle reti di sostegno configurano oggi un quadro sociale più complesso e duraturo.

La multidimensionalità del bisogno mostra che il disagio non è un deficit individuale, ma l'esito di interdipendenze negative tra i principali domini di vita — abitare, curarsi, lavorare, appartenere.

In questa prospettiva, l'intervento Caritas evolve da risposta materiale a presa in carico trasformativa, orientata non solo a mitigare gli effetti, ma a modificare le condizioni che producono fragilità sociale.

Sul piano territoriale, il Rapporto evidenzia una crisi della prossimità tradizionale: le reti familiari, un tempo principali ammortizzatori sociali nel Mezzogiorno, non riescono più ad assorbire gli shock socio-economici. La solitudine diventa sistema, la sofferenza fatica a trovare interlocutori prima di manifestarsi in forme drammatiche. Di fronte a questo mutamento, la Caritas assume un ruolo di ecosistema comunitario: un presidio che connette bisogni e risorse, istituzioni e vite concrete.

L'impatto qualitativo e quantitativo degli interventi indica che:

- la povertà oggi nasce dentro il quotidiano, non ai margini;
- molti nuclei non erano poveri “ieri”, ma lo diventano per una sconnessione improvvisa;
- la risposta efficace è quella integrata: abitativa, sanitaria, relazionale;

Il modello operativo Caritas si configura come una forma di welfare abilitante: riattiva competenze, ricostruisce reti, restituisce fiducia collettiva.

Non sostituisce il sistema pubblico, ma ne rafforza la presenza nei territori dove la tutela è più fragile.

Anche la parziale sottostima del dato – legata al fatto che i presìdi Caritas non coprono ancora in modo capillare l'intera Diocesi – non è solo un limite metodologico, ma un'ulteriore conferma della necessità di una governance anticipante e di una prossimità strutturata, capaci di raggiungere le periferie ancora invisibili ai sistemi formali di rilevazione.

La direzione che emerge da questo Rapporto è chiara: la povertà impone una governance capace di anticipare, connettere e responsabilizzare.

In un contesto come quello calabrese, prevenire significa agire in condizioni di risorse limitate e servizi discontinui, leggendo in anticipo i segnali di crisi economica, abitativa e relazionale.

È una prevenzione semplice e concreta, fondata sulla capacità di osservare e di agire prima che la fragilità diventi esclusione.

La prossimità deve tradursi in presenza stabile: non solo risposta all'urgenza, ma partecipazione organizzata alla vita delle comunità locali.

La sussidiarietà, invece, richiede un tessuto collaborativo più solido. Nel territorio diocesano, la debolezza del Terzo Settore e la frammentazione degli attori sociali limitano l'impatto collettivo: una condizione che merita un confronto serio e una strategia condivisa.

Infine, la centralità della persona non è un principio astratto, ma il punto da cui ripartire: riconoscerla come soggetto attivo di cambiamento significa restituirle potere d'azione e cittadinanza sociale.

Solo attraverso azioni precoci, reti stabili e corresponsabilità diffusa sarà possibile costruire, anche nei territori più fragili, un nuovo paradigma di cura, giustizia e coesione sociale.

Il quinquennio 2020–2025 restituisce l'immagine di un territorio attraversato da fragilità profonde ma anche da risorse latenti.

La Caritas di Cassano all'Ionio si conferma attore di coesione sociale, capace di leggere i mutamenti e di tradurli in prossimità operativa.

La sfida che emerge è quella di trasformare l'aiuto in alleanza, la risposta in percorso, il bisogno in occasione di partecipazione.

In un tempo in cui le disuguaglianze si moltiplicano, la vera innovazione sociale consiste nel rendere strutturale la prossimità: organizzata, competente e radicata nei territori.