

Relazione Presentazione Report Caritas

Buona sera a tutti. Mi dispiace non poter essere presente di persona a questo momento così importante per la nostra Diocesi: purtroppo sono influenzato e non mi è possibile partecipare.

Desidero anzitutto ringraziare il Vescovo, sempre vicino al nostro lavoro, don Giuseppe per la sua guida, e tutta l'équipe: **grazie al contributo di ciascuno** è stato possibile realizzare questo Report, che potrete scaricare anche direttamente dal nostro sito diocesano.

Un grazie particolare va a Mariella Arcidiacono: oltre alla condivisione di dati e informazioni, desidero riconoscere il suo impegno quotidiano come referente del Centro di Ascolto diocesano.

1. Il senso e i limiti di questo Report

Il compito di questo intervento è quello di offrire **una lettura tecnico-sociale dei dati 2020–2025** della Caritas diocesana: che cosa ci dicono i numeri, come si collocano nel quadro nazionale e quali scelte chiedono agli amministratori dei 22 comuni della diocesi. **È importante, però, chiarire subito un punto:** questa attività di reportistica non può essere intesa come un'analisi esaustiva della povertà nel nostro territorio. Siamo ben consapevoli che, pur con uno sforzo enorme, la Caritas oggi non può garantire una presenza capillare in ogni anfratto del vasto territorio diocesano. È dunque verosimile che i dati raccolti **siano sottostimati**: ciò che presentiamo è una fotografia parziale ma

attendibile, capace di cogliere le linee di tendenza più rilevanti e di indicare alcune urgenze che non possiamo ignorare.

Abbiamo scelto di lavorare su un arco pluriennale **2020–2025** non per dilatare l'analisi, ma perché solo su un periodo di più anni è possibile cogliere sia l'urto immediato della pandemia sia la successiva cronicizzazione dei processi di impoverimento. Un singolo anno sarebbe troppo esposto alle oscillazioni della contingenza; una finestra più ampia, invece, consente di riconoscere gli andamenti di fondo.

Detto questo, all'interno del periodo non assumiamo il fenomeno come omogeneo: distinguiamo una fase pandemica e una fase post-pandemica. Il 2020–2025 costituisce dunque un'unità di analisi coerente, ma viene letto in chiave dinamica.

Per evitare qualsiasi ambiguità, aggiungo una breve nota metodologica sulla finestra di osservazione e sulla chiusura del dato: la rilevazione riguarda il periodo **dal 1° settembre 2020 al 10 ottobre 2025**; il database è stato **estratto, bonificato e “chiuso”** alla data del **10/10/2025**. Questo significa che il **2025 è un consuntivo parziale**, utile a leggere tendenze e profili fino a quella data, non un bilancio di fine anno.

Proverò a seguire quattro passaggi:

1. **Il contesto nazionale** della povertà secondo il Report Statistico Caritas 2025 (con riferimento dati 2024)
2. **Il quadro diocesano complessivo:** quante persone, quali bisogni, come sono cambiati in cinque anni.

3. **La lettura territoriale comune per comune** degli interventi.

4. Alcune **indicazioni strategiche** per il futuro, rivolte in particolare ai decisori pubblici, in particolare i sindaci e gli amministratori locali.

2. Il contesto nazionale: una povertà che si cronicizza

Partiamo dal livello macro, quello nazionale. Il riferimento al **Report Statistico Caritas Italiana 2025 (dati 2024)** è assunto come **cornice di contesto** e non come confronto “anno su anno” con la rilevazione diocesana (1° settembre 2020 – 10 ottobre 2025). La fonte nazionale offre una fotografia recente, standardizzata e comparabile delle vulnerabilità; la serie diocesana restituisce invece l’andamento locale nel tempo e le specificità territoriali. L’aggancio tra i due livelli riguarda soprattutto **la composizione del bisogno** e i **profili di fragilità** (più che i volumi assoluti), così da verificare se criticità osservate a scala macro risultino rilevabili anche a livello micro-diocesano, pur con differenze di intensità e configurazione.

Il quadro generale conferma che la povertà non è più un fatto episodico. In Italia, la popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale si attesta al **23,1%** (in crescita rispetto al 2023). Se dalle condizioni di rischio si passa a quelle conclamate, Istat rileva che quasi un residente su dieci vive in povertà assoluta (**9,7%**): **5,694 milioni** di persone e **2,217 milioni** di famiglie che non riescono ad accedere a un paniere minimo di beni e servizi essenziali.

Nel 2024 i Centri di Ascolto e i servizi informatizzati hanno accolto e sostenuto **277.775 nuclei familiari**: un volume che equivale a circa il **6 per mille** delle famiglie residenti e a circa il **12%** delle famiglie in povertà assoluta. Il dato è in aumento rispetto al 2023 e, se letto sul decennio, segnala una crescita molto ampia: è l’effetto

cumulativo di crisi successive (economiche, sanitarie, geopolitiche) che hanno progressivamente irrigidito le traiettorie di vulnerabilità.

Alcune tendenze sono particolarmente utili per leggere anche il livello locale. Diminuisce l'incidenza dei “nuovi ascolti” (37,7%), mentre aumentano le situazioni intermittenti e soprattutto croniche: oltre un assistito su quattro (26,7%) vive un disagio stabile e prolungato e cresce anche l'intensità della presa in carico. Il lavoro, inoltre, non protegge più: accanto alla disoccupazione emerge la categoria dei **working poor (lavoratori poveri)** (23,5% degli assistiti). La povertà appare sempre più **multidimensionale**: nel 56,4% delle storie si sommano almeno due ambiti di fragilità e nel 30% tre o più, con pilastri ricorrenti su reddito, lavoro e casa, spesso intrecciati a problemi familiari e sanitari.

Un ulteriore indicatore di cronicizzazione è lo slittamento delle fragilità verso fasce non marginali in senso tradizionale: aumenta, ad esempio, la componente anziana tra le persone accompagnate (over 65) e rimangono strutturali le difficoltà delle famiglie con figli. Parallelamente, si osserva una riduzione dell'accesso effettivo alle misure di sostegno al reddito tra le persone ascoltate (con differenze territoriali), segnale di una protezione pubblica non sempre capace di intercettare chi scivola in vulnerabilità complessa.

Infine, cresce la fragilità sanitaria: nel 2024 il 9,9% della popolazione ha rinunciato a cure ritenute necessarie, soprattutto per liste d'attesa e costi. Tra chi vive già fragilità economiche e sociali, l'ostacolo all'accesso alle prestazioni tende a moltiplicare gli svantaggi, alimentando la spirale della povertà come condizione durevole e non come parentesi.

Questo è lo sfondo entro cui si collocano i dati diocesani: non come un universo separato, ma come declinazione territoriale di dinamiche nazionali che, nel micro, mostrano intensità specifiche e combinazioni particolari di bisogni. Nel punto successivo, la lettura

si sposta dunque sulla serie locale per verificare come questi pattern si manifestino concretamente nell'azione del Centro di Ascolto.

È qui che il livello macro diventa territorio. Se il quadro nazionale descrive tendenze strutturali – cronicizzazione, multidimensionalità, fragilità abitative e sanitarie – la domanda decisiva è come esse si traducano, nella nostra diocesi, in accessi, percorsi e prese in carico. Per questo passiamo ora all'analisi della serie diocesana: una lettura non “fotografica”, ma diacronica, che consente di distinguere fasi e trasformazioni del bisogno lungo l'arco 2020–2025.

3. Il quinquennio 2020–2025 a Cassano allo Jonio

3.1. Dati complessivi e nota metodologica

Nel **periodo 1° settembre 2020 – 10 ottobre 2025** (dataset estratto, bonificato e **chiuso** al **10/10/2025**) il Centro di Ascolto diocesano ha registrato **2.127 interventi complessivi**, riferiti a circa **1.500 persone uniche** (rapporto medio: **1,4 interventi per persona**). Ne consegue che il **2025** va letto come **consuntivo parziale** fino al 10 ottobre.

Per la distribuzione territoriale per comune si utilizza un database aggiornato che riporta **2.136 interventi**: lo scarto di **9 casi (0,4%)** è dovuto ad aggiornamenti anagrafici e rettifiche successive. Non è un errore: è un fisiologico disallineamento tra dataset “chiuso”

(2.127) e flusso informativo aggiornato (2.136). Le tendenze restano stabili.

Rapportando le circa 1.500 persone uniche ai **107.958 abitanti** della diocesi (fonte: Annuario CEI, su dati Annuario Pontificio 2025), si ottiene un'incidenza di circa **1,4%**.

È un **dato di servizio** (domanda osservata), non un dato di prevalenza della povertà: la rete non è ancora capillare e l'accesso può essere selettivo, per cui l'evidenza va letta come **stima prudente** e verosimilmente **sottostimata**.

Nel periodo considerato sono state attivate **793 nuove prese in carico**, pari a circa **il 37%** degli interventi: in altri termini, **circa un intervento su tre** è stato l'avvio di un nuovo percorso, mentre il resto riguarda accompagnamento nel tempo (follow-up, orientamento, sostegni). Per “nuova presa in carico” si intende **l'apertura di un nuovo percorso di accompagnamento** (persona o nucleo): il dato 793 è quindi **compreso** nel totale degli interventi, e non va confuso con un semplice conteggio di colloqui.

Infine, rapportando le **793** prese in carico alle circa **1.500 persone uniche**, otteniamo un ordine di grandezza pari a **circa metà** della platea incontrata (stima, perché la presa in carico può riferirsi anche al nucleo). In sintesi: una quota significativa delle persone non si ferma al contatto occasionale, ma entra in percorsi che richiedono **continuità**.

3.2. Due fasi storiche

All'interno del periodo di osservazione, la serie diocesana non viene letta come un blocco omogeneo: emerge con chiarezza una dinamica in due tempi. La prima fase, **2020–2022**, coincide con la pandemia e l'immediato post: qui si concentra la parte più

consistente degli interventi, circa **1.650** (pari al **77%** del totale), e il bisogno assume prevalentemente la forma dell'urgenza, con richieste legate a **beni primari**, sostegni economici e gestione delle spese essenziali (in particolare bollette), accompagnate da una forte emersione di fragilità nuove.

La seconda fase, **2023–10/10/2025**, registra un volume più contenuto, circa **477 interventi** (il **23%**), ma non per questo un alleggerimento della domanda. Al contrario, il bisogno tende a presentarsi in forme **più stabili e complesse**, con un peso crescente di criticità **abitative** e **sanitarie** e con traiettorie di vulnerabilità più lunghe e intrecciate.

In sintesi, la fase pandemica ha amplificato l'esposizione al rischio; il periodo successivo ne sta consolidando gli esiti in una configurazione più **cronica** e **multidimensionale**.

3.3. Povertà multidimensionale: casa, salute, relazioni

I dati locali risultano coerenti con le evidenze nazionali: la povertà non è riducibile alla sola insufficienza di reddito, ma si configura come **interdipendenza negativa** tra più dimensioni dell'esistenza. In particolare, emerge una triade di vulnerabilità: (i) **abitativa**, fatta di insicurezza alloggiativa (morosità, sfratti, sovraffollamento, contratti instabili), collocata nella “zona di vulnerabilità” tra integrazione e disaffiliazione di cui parla **Robert Castel**; (ii) **sanitaria**, con malattie croniche, spese non sostenibili e rinuncia/rinvio delle cure, in linea con la prospettiva delle **capabilities** di **Amartya Sen**, che include la salute tra le condizioni della libertà effettiva; (iii) **relazionale**, segnata dall'indebolimento delle reti di sostegno e dall'erosione del capitale sociale (da

Bourdieu a Putnam), particolarmente visibile nei contesti piccoli e più isolati.

Nel **focus diocesano 2025** (1° gennaio–10 ottobre), su **135 interventi**, prevalgono: **Alloggio 29,6% (circa 40)**, **Beni e servizi materiali 23% (circa 31)**, **Sanità 20% (circa 27)**, **Ascolto 19,2% (circa 26)**, e **Altro 8,2% (circa 11)**. Quasi **un caso su due** è una **nuova presa in carico (67 su 135)**: non mera ripetizione di aiuti, ma **avvio di percorsi**. È un segnale che la povertà, nel territorio, non “si esaurisce”: tende a **rigenerarsi** e a chiedere continuità, integrazione e responsabilità condivisa nella presa in carico.

3.4. Povertà sanitaria e Fondo Famiglie

Un dato che interpella direttamente le politiche pubbliche è la **povertà sanitaria**:

- applicando al territorio il dato nazionale del **9,9% di persone che rinunciano a cure necessarie**, possiamo stimare almeno **10.000 abitanti** della diocesi in difficoltà di accesso alla salute;
- nel quinquennio il **Fondo Famiglie** ha sostenuto **46 pratiche di microcredito**, dal 2023 destinate esclusivamente a spese sanitarie;
- nel solo 2025, **5 pratiche** per un importo unitario di **3.000 euro**, pari a **15.000 euro complessivi**, hanno permesso cure fuori regione e terapie che altrimenti sarebbero state rinviate o negate.

Ne emerge un elemento decisivo: la vulnerabilità di salute non si limita a seguire la povertà, ma contribuisce in maniera significativa a produrla, fungendo da vero e proprio fattore di accesso ai percorsi

di esclusione, in quella zona di vulnerabilità che **Robert Castel** descriveva come **anticamera della disaffiliazione**.

1.5 Il profilo sociodemografico delle persone incontrate

Se provo a restituire in sintesi “chi” si rivolge alla Caritas diocesana nel periodo 2020–2025, emerge un profilo abbastanza definito. Non parliamo di un’umanità irriducibile ai margini, ma di circa **1.500 persone uniche** e, in termini di nuclei, di una **stima** compresa tra **550 e 700 famiglie**: un segmento non irrilevante della popolazione diocesana, pienamente inserito nella vita ordinaria delle comunità.

Nel complesso del periodo si osserva una **prevalenza femminile**, con forte presenza di **donne italiane**, spesso madri sole o caregiver familiari, su cui si concentrano oneri di cura in condizioni di reddito fragile. Sono figure che tengono insieme figli, anziani e malattia, provando a reggere equilibri economici sempre più instabili. Accanto a loro si colloca una componente maschile significativa, con percorsi lavorativi poveri o intermittenti: lavori informali, stagionali, non garantiti, che non assicurano protezione adeguata né nel presente né nel futuro. Nel focus 2025 la composizione di genere tende a riequilibrarsi; resta maggioritaria la componente italiana, mentre la quota di stranieri appare spesso inserita in nuclei più isolati e meno connessi ai servizi: un elemento che conferma come la vulnerabilità, oggi, non sia riconducibile soltanto a dinamiche “esterne”, ma sia innervata nel tessuto sociale interno.

Dal punto di vista familiare, la povertà intercetta in modo particolare nuclei con figli a carico e nuclei monogenitoriali materni, segnati da carichi di cura elevati e da una forte esposizione agli shock di reddito, di salute e di casa. Quanto all’età, pur in assenza di una tabella diocesana dettagliata, il confronto con il quadro nazionale rende **plausibile** una prevalenza di adulti in età

lavorativa, con una quota crescente di anziani: persone che, finché reddito, abitazione e salute tengono, conducono esistenze “normali”, ma precipitano in vulnerabilità strutturale quando uno di questi pilastri si incrina.

In definitiva, la “persona tipo” che arriva alla Caritas non è l’escluso storico confinato ai margini, ma un soggetto situato nel cuore della vita ordinaria della diocesi: donna o uomo, adulto, spesso con figli, con una biografia apparentemente ordinaria che entra in crisi quando si rompe l’equilibrio tra reddito, casa, salute e reti di sostegno. È su questa normalità ferita che si giocano oggi le nuove forme della povertà.

5. La geografia del bisogno: analisi comune per comune

Passo ora alla parte più analitica, perché è importante che i decisori locali possano riconoscere nei dati una rappresentazione concreta del territorio. Premetto due avvertenze: da un lato, i numeri vanno letti come **domanda osservata** e quindi verosimilmente **sottostimata**, dato che la presenza Caritas è ancora disomogenea; dall’altro, l’assenza di un **sistema informativo integrato** tra Caritas, Comuni e altri attori limita una lettura pienamente sinottica. Ne consegue che quella che presentiamo è una fotografia **parziale ma metodologicamente robusta** delle principali linee di tendenza.

La distribuzione per comune si basa su **2.136 interventi** registrati nel periodo **01/09/2020 – 10/10/2025** (dato **chiuso** al 10/10/2025): anche qui, il **2025** va inteso come **consuntivo parziale** fino alla data indicata.

Interventi per comune 2020–10/10/2025

Le elaborazioni complessive del Report si basano sul dataset “chiuso” (n=2.127), mentre la distribuzione territoriale per comune utilizza il database aggiornato (n=2.136). Lo scarto di 9 casi (0,4%) è dovuto a rettifiche anagrafiche e aggiornamenti successivi delle schede; non è un errore e non modifica le tendenze interpretative.

La mappa territoriale mostra una concentrazione netta della domanda sociale in due poli. **Cassano all'Ionio** è il principale, con **845 interventi (39,6%)**: un dato che riflette, insieme, peso demografico e disuguaglianze interne, ma soprattutto una convergenza di fragilità abitative e sanitarie più marcate. In termini sociologici, Cassano funziona come uno **snodo di compensazione territoriale**, capace di assorbire bisogni che non sempre si esauriscono nel confine amministrativo del comune, anche perché la qualità e la capillarità dei servizi non è ovunque omogenea.

Il secondo polo è **Castrovillari**, con **612 interventi (28,7%)**. Qui il dato dialoga con il ruolo della città come **città-servizi** (ospedale, uffici, scuole): molte vulnerabilità tendono a concentrarsi dove si concentrano anche risorse e opportunità, producendo quella polarizzazione tipica dei territori in cui integrazione ed esclusione convivono nello stesso spazio. Insieme, Cassano e Castrovillari raccolgono circa **due terzi degli interventi**: non un invito a trascurare i comuni più piccoli, ma un indicatore chiaro di dove oggi si rendono più visibili le fratture sociali.

Accanto ai due poli maggiori emergono poi comuni intermedi, dove la vulnerabilità assume profili specifici tra costa ed entroterra. **Trebisacce** è il terzo comune per volume, con **135 interventi (6,3%)**: un segnale di fragilità “mista”, che riguarda famiglie italiane in difficoltà, nuclei monoreddito e nuove forme di precarietà, anche giovanile. È un dato che rimanda a una

vulnerabilità costiera spesso sottostimata: lavoro stagionale, redditi discontinui e dinamiche abitative più onerose.

Nell'area intermedia compaiono poi **Altomonte e Cerchiara di Calabria (70 interventi ciascuno; 3,3%)**, **Montegiordano (55; 2,6%)** e **Morano Calabro (49; 2,3%)**. Pur con differenze locali, questi contesti esprimono tre direttrici ricorrenti: una maggiore difficoltà di accesso ai servizi, soprattutto sanitari; un mercato del lavoro segnato da segmenti poveri e fortemente stagionali; e una progressiva fatica delle reti familiari e comunitarie ad assorbire gli “urti” delle crisi, con un indebolimento della funzione protettiva tradizionalmente svolta dai legami primari.

Infine, la costellazione dei comuni più piccoli registra numeri assoluti contenuti – ad esempio **Francavilla Marittima 36 (1,7%)**, **Roseto Capo Spulico 32 (1,5%)**, **Mormanno 25 (1,2%)**, **Rocca Imperiale 21 (1,0%)**, **Villapiana 16 (0,7%)**, fino a valori minimi come **San Basile 2** e **Laino Castello 1**. Qui la lettura non può essere semplicemente quantitativa: in comunità piccole bastano pochi casi per generare effetti sociali immediatamente percepibili, e una bassa numerosità può segnalare anche una sottostima legata a minore accessibilità e a minore intercettazione del bisogno.

Nel prospetto compaiono inoltre alcune situazioni che, per loro natura, non si lasciano ricondurre in modo lineare alla territorializzazione comunale. In particolare, **78 interventi (3,7%)** presentano **residenza non determinabile ai fini dell'attribuzione comunale**; inoltre **39 interventi (1,8%)** risultano **riferiti a casi in transito o con residenza fuori diocesi** (tra gli altri: Fiumicino, Napoli, San Marcello Piteglio, Corigliano-Rossano, Cosenza, Roggiano Gravina).

I restanti 2.019 interventi (94,5%) risultano attribuibili ai comuni della diocesi: $2.019 + 78 + 39 = 2.136$, valore che ricompone integralmente il totale del database aggiornato. Nel complesso, la quota residuale segnala due elementi sociologicamente rilevanti: da un lato una **tracciabilità amministrativa debole** in alcune situazioni di fragilità; dall'altro una **mobilità della vulnerabilità** che oltrepassa i confini formali del territorio e richiede capacità di presa in carico flessibile e coordinata.

In sintesi, emergono due evidenze strutturali.

- Anzitutto, si osserva una **mobilità della fragilità sociale**: non semplice spostamento geografico, ma circolazione di biografie segnate da lavoro discontinuo, bisogni di cura, separazioni e riassetto familiari. Ne derivano traiettorie intermittenti, che sfuggono più facilmente ai dispositivi territoriali di presa in carico, aumentando il rischio di “invisibilità” sociale.
- In secondo luogo, una quota delle situazioni si colloca in una condizione di **marginalità amministrativa** (residenze non aggiornate, documentazione incompleta, status incerti), che produce forme di **cittadinanza fragile**: un accesso ai diritti formalmente previsto ma concretamente ostacolato, con effetti di esclusione di fatto.

Nel complesso, la povertà nella diocesi assume una configurazione **reticolare e diseguale**, “a macchia di leopardo”: **forte addensamento** nei poli maggiori e, al contempo, una presenza **carsica** nei borghi e nei piccoli comuni. Nessun territorio è realmente immune; ciò che varia non è tanto l'esistenza del bisogno, quanto il suo **grado di emersione**, la sua **tracciabilità** e la capacità dei servizi di intercettarlo e renderlo visibile.

5. Lettura sociologica di sintesi

Provo a ricondurre le evidenze emerse a **cinque tesi**, che esprimono con maggiore nettezza l'impianto sociologico del lavoro.

1) La povertà si produce dentro la normalità sociale, non solo ai margini.

Non abbiamo davanti esclusivamente “poveri storici”, ma soggetti e nuclei inseriti nella vita ordinaria che scivolano verso l'impoverimento quando si verifica una rottura della continuità biografica: malattia, separazione, perdita del lavoro, crisi dell'abitare. Sono *eventi-soglia* che trasformano una vulnerabilità latente in fragilità manifesta, con effetti simultanei sul piano economico, relazionale e simbolico.

2) Casa e salute funzionano come snodi strutturali dell'esclusione.

Non sono più soltanto esiti finali del disagio, ma sempre più spesso **dispositivi di innesco**: perdere l'alloggio, accumulare morosità, rinviare cure necessarie o sostenere spese sanitarie non compatibili con il reddito produce un'accelerazione dell'impoverimento e restringe l'accesso reale alla cittadinanza sociale. In questo senso, abitare e curarsi diventano “diritti in frattura” che moltiplicano disegualianze.

3) La vulnerabilità assume una temporalità intermittente e ricorsiva.

Accanto alle situazioni stabilmente croniche, emergono biografie segnate da alternanze: brevi fasi di recupero seguite da nuove cadute, stabilità apparente interrotta da crisi acute. Questa dinamica

“a fisarmonica” rende la presa in carico più complessa, perché richiede strumenti capaci di sostenere non solo l'emergenza, ma anche le fasi di transizione e di prevenire le ricadute.

4) Si indeboliscono i dispositivi informali di protezione e si erode il capitale sociale.

Le reti di prossimità – famiglia allargata, vicinato, comunità locali e religiose – faticano sempre più a svolgere la tradizionale funzione di ammortizzatore degli shock economici, abitativi e sanitari. Aumentano solitudine, conflittualità intra-familiare e sfiducia istituzionale: indicatori di una protezione sociale “dal basso” meno efficace, che espone maggiormente le persone ai rischi cumulativi.

5) La Caritas agisce come infrastruttura intermedia di welfare abilitante.

Non sostituisce i servizi pubblici, ma opera come dispositivo di intermediazione tra bisogni e diritti: **ascolto competente, orientamento, connessione tra attori, accompagnamento**. In questa funzione, contribuisce a trasformare la domanda di aiuto in percorsi di attivazione di risorse, capacità e legami, riducendo l'assistenzialismo puro e sostenendo traiettorie realistiche di autonomia.

Da queste cinque tesi discendono tre conseguenze operative: se la povertà si produce nella normalità e si struttura attorno a snodi come **casa e salute**, allora le risposte devono essere **integrate** e non settoriali; se la vulnerabilità è intermittente e le reti informali si indeboliscono, occorre rafforzare **presa in carico continuativa e prossimità strutturata**; infine, se la Caritas opera come infrastruttura intermedia di welfare abilitante, diventa decisiva una **governance condivisa** tra Caritas, Comuni, ASP e Terzo settore, capace di trasformare dati e ascolto in politiche territoriali effettive.

6. Orientamenti strategici per le politiche locali

Chiudo traducendo queste evidenze in alcune linee di intervento operative, indirizzate anzitutto agli amministratori presenti.

6.1 Governance intercomunale del disagio

I dati indicano la necessità di una governance territoriale **sovracomunale**. In questa direzione appare opportuno:

- attivare un **tavolo stabile** tra Caritas, Comuni, ASP, Terzo settore e scuola, con mandato esplicito non solo sulla gestione delle emergenze, ma sulla **lettura preventiva** dei segnali di crisi (sfratti e morosità, dimissioni ospedaliere complesse, abbandono scolastico, fragilità familiari);
- riconoscere il **Centro di Ascolto** come vero e proprio **sensore sociale** del territorio: non soltanto luogo di aiuto, ma nodo di osservazione e decodifica del disagio utile alla programmazione locale.

6.2 Politiche abitative mirate

La centralità della questione casa richiede misure specifiche di politica abitativa:

- istituire fondi comunali o intercomunali per la **morosità incolpevole**, integrativi rispetto agli strumenti nazionali;
- sperimentare dispositivi di **housing sociale** e **co-housing** per nuclei fragili, anziani soli, madri con figli;
- realizzare una **mappatura condivisa** del patrimonio abitativo pubblico e sociale, finalizzata alla prevenzione di sfratti e occupazioni irregolari.

In gioco c'è una scelta di fondo: decidere se l'abitare debba restare un segmento consegnato alla sola logica del mercato – spesso orientata alla rendita – oppure tornare a essere un terreno di **responsabilità pubblica condivisa**, dove si incrociano diritti, politiche e immaginari collettivi.

Anche in Calabria vale la stessa regola: gli strumenti europei e nazionali – dal **PNRR** (incluse misure su rigenerazione urbana, housing temporaneo e stazioni di posta) ai canali di finanza istituzionale di **Cassa Depositi e Prestiti**, fino a fondi orientati al social housing (come il **FIA**) – restano, da soli, dispositivi incompiuti.

Producono effetti reali solo se incontrano ecosistemi territoriali capaci di tradurre cornici e risorse in politiche abitative effettive: progettazione credibile, tempi amministrativi compatibili, governance regolativa che orienti gli investimenti verso l'interesse generale e gestione sostenibile nel tempo.

6.3 Salute di prossimità

Sul versante sanitario emerge il bisogno di una maggiore prossimità dei servizi:

- potenziare trasporti sociali e accompagnamenti per visite e cure, in particolare dai comuni interni;
- costruire, in collaborazione con l'ASP, percorsi agevolati per i casi più fragili (referenti unici, mediazione, accesso facilitato);
- collocare esperienze come il **Fondo Famiglie** dentro processi di **co-programmazione** con gli enti pubblici, affinché la povertà sanitaria non resti confinata a una gestione frammentata e residuale.

6.4 Povertà educativa e giovani

Pur concentrandoci su casa e salute, la povertà educativa resta un asse strategico:

- il progetto **“L’appetito vien studiando”** mostra che interventi educativi mirati possono ridurre il rischio di esclusione sociale futura;
- è opportuno che i Comuni assumano tali esperienze come **infrastrutture educative di comunità**, non come iniziative marginali o episodiche.

6.5 Un osservatorio territoriale permanente

Questo Rapporto può diventare la base per un **Osservatorio diocesano–intercomunale** su povertà ed esclusione sociale, incaricato di aggiornare periodicamente (almeno annualmente):

- i dati per comune;
- le tipologie di bisogno emergenti;
- l’andamento delle prese in carico;
- l’efficacia delle risposte attivate.

In questo modo la lettura del disagio diventa funzione ordinaria di governo del territorio, e non un esercizio occasionale legato alla presentazione del Rapporto.

6.6 Perché oggi non “basta” la misura. Take-up e accompagnamento strutturato

Carissimi, sono convinto che, nelle politiche contro la povertà, la risorsa decisiva non siano soltanto i sussidi o le piattaforme, ma le **relazioni di accompagnamento**.

In Italia esistono molti “ingredienti” – misure economiche, servizi, CAF, sportelli comunali, centri per l’impiego, reti del Terzo settore – e tuttavia una parte significativa di persone e famiglie fragili non arriva a beneficiarne: non presenta domanda, non completa le procedure o si perde nella burocrazia. È il problema del **mancato take-up**.

L’accesso alle prestazioni richiede sempre più di orientarsi tra portali, linguaggi amministrativi, certificazioni e adempimenti digitali (SPID/CIE), oltre a requisiti e documentazione. Per molte persone in condizione di fragilità – anziani soli, genitori sovraccarichi, persone con bassa alfabetizzazione digitale, migranti, soggetti con problemi abitativi o di salute (anche mentale) – questo percorso non è semplicemente complesso: è selettivo. Ne deriva che la relazione non è un accessorio, ma una componente dell’efficacia della policy: senza accompagnamento, le misure rischiano di fallire proprio con i più vulnerabili.

Questa proposta, che personalmente condivido, è stata recentemente rilanciata dall’economista Leonardo Becchetti, proprio per trasformare misure formalmente disponibili in diritti effettivamente accessibili. Da qui l’idea di una rete strutturata di figure di accompagnamento – “angeli sociali”, se vogliamo usare un’espressione evocativa: non supereroi, ma persone formate (volontari e/o operatori del Terzo settore) con un ruolo riconosciuto, capaci di fare da ponte tra istituzioni e vita reale.

Operativamente, si potrebbero prevedere: un **registro/albo** di tali figure; **micro-incentivi** (voucher o rimborsi) per il tempo qualificato dedicato all’accompagnamento; un sistema di **riconoscimento/certificazione** di competenze (ascolto, gestione dei conflitti, motivazione, costruzione di fiducia), restituendo dignità a un lavoro relazionale spesso invisibile e rendendolo spendibile anche sul piano professionale. Sul piano culturale, questa

prospettiva implica un ribaltamento della gerarchia dei valori, mettendo al centro la **cura** come infrastruttura sociale: Jennifer Nedelsky invita a spostare la domanda da “che lavoro fai?” a “di chi ti prendi cura?”. Il punto conclusivo è semplice: nessun portale può sostituire ciò che fa una presenza umana competente, capace di guardare, ascoltare e dire, concretamente, “non sei solo: ti accompagno”.

7. Conclusione

Se dovessi riassumere tutto in un’immagine, direi così: in questi anni la Caritas ha lavorato **dentro le ferite**, ma non si è limitata a medicarle; ha provato a **organizzare speranza**, ricucendo legami là dove la trama sociale si stava lacerando.

Ai sindaci e agli amministratori qui presenti, i dati consegnano una richiesta semplice e impegnativa: non delegare la povertà alla Caritas, ma riconoscere nella Caritas un **alleato competente** con cui ripensare le politiche locali, soprattutto su **casa, salute e infrastrutture educative**.

Non abbiamo davanti solo numeri: abbiamo **vite**. E questo Rapporto non si limita a evocare sensibilità, ma chiede un’assunzione di responsabilità nella definizione e nell’attuazione di politiche capaci di trasformare l’ascolto in diritti, e i diritti in possibilità reali.

Perché la speranza, quando si traduce in scelte, smette di essere un sentimento privato e diventa una casa comune: il luogo in cui nessuno è lasciato indietro.

Grazie e buon lavoro a tutti!

Angelo Palmieri

