

Place of publication: Torino (Italy)

About the journal

The journal aims to address issues related to the third sector and community-based activities. The magazine therefore has the aim of spreading the culture of the third sector (voluntary organizations, social promotion associations, philanthropic bodies, social enterprises, mute aid companies, recognized and non-recognized associations, ecclesiastical bodies), the topics of interest are:

Social services

Health interventions and services

Education, health education and training

Safeguarding and improving environmental conditions

Protection and enhancement of cultural and landscape heritage

University and post-university education

Organization and management of cultural, artistic or recreational activities of social interest

Community sound broadcasting

Tourist activities of social, cultural or religious interest

Extra-curricular training, aimed at preventing early school leaving and at school and training success, at preventing bullying and combating educational poverty

Development cooperation

commercial, production, education and information, promotion, representation, licensing of certification marks, carried out within or in favour of fair-trade chains

Services aimed at introducing or reintegrating workers and disadvantaged people into the labour market

Social housing

Humanitarian Reception

Social agriculture

Organization and management of amateur sports activities

Charity, distance support, free food supply

Promotion of the culture of legality, peace between peoples, nonviolence and unarmed defence

Promotion and protection of human, civil, social and political rights, as well as the rights of consumers and users of activities of general interest

Civil protection

International adoption procedures

Redevelopment of unused public goods or assets confiscated from organized crime.

Editor in chief: Valerio Brescia

Editorial Board

Name	Position	Institution	Affiliation third sector
Albertini Emidio	Associate Professor	University of Perugia - Department of Agricultural, Food and Environmental Sciences	Omphalos Perugia
Amelio Stefano	Research Fellow and lecturer	University of Milano Bicocca - Department of Management	Società Italiana di Storia della Ragioneria
Bazzano Alberto	Lawyer, cultore della materia	Law firm Papotti, Cultore di Criminal law, Comparative criminal law and Criminology in the Department of Law - University of Turin.	
Bert Fabrizio	Researcher, Dr. Specialized in Public health Corporate Health Department	University of Turin - Department of Health, Public and Pediatric Sciences City of Health and Science of Turin Hospital "Città della Salute e della Scienza" of Turin	EUPHA
Bosa Marco	Dr. specialization in internal medicine	Rivoli Hospital (Italy)	Odv Casa Arcobaleno
Brescia Valerio	Phd, Research Fellow and lecturer	University of Turin - Department of Management, University of Eastern Piedmont - DiSEI SAA	Odv Casa Arcobaleno

Breveglieri Michele	Phd, specialized in sociology	Job Promotion - Internship Office of the City of Verona	Arcigay Nazionale
Burlina Chiara	PhD in Economics and Management	Gran Sasso Science Institute - GSSI	AISRe SIE RSA
Caratù Myriam	Phd, Lecturer and research fellow	University for Foreigners of Perugia, PG (Italy) Teacher at IIS Caterina da Siena, Communication Design and Fashion Technology, Milan (Italy)	
Campra Maura	Full Professor	Department of Economics and Business Studies, University of Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"	
Cataldo Alessandro	Phd, nurse and Sociologist public manager	Local Health Authority 3 Liguria	Associazione Culturale Gaia
Cocco Gabriele	Researcher	University of Bergamo - Department of Languages, Letters and Foreign Culture	
Creta Fabio	Phd and lecturer	School of Management of Turin (SAA)	Blockchain education Network
Costa Stefano	Dr. specialized in general medicine	Local Health Authority TO4	Odv Casa Arcobaleno
Fijalkowska Justyna	Assistant Professor	University of Lodz, School of Social Science	

Foglietta Chiara	Phd, Biomedical engineer City councillor of Turin	City of Turin	
Giusta Marco Alessandro	Councilor for Rights, Common Goods, Suburbs, Decentralization, youth policies, campus, families, times and times of the city, quality of life, public toilets, cemetery services, international cooperation City of Turin; criminal psychology	City of Turin	Associazione Commetorino Arcigay Nazionale CGIL
Gualano Maria Rosaria	Associate Professor	University of Turin - Department of Public and Pediatric Health Sciences	SITI
Iorio Michele	Lecturer, Dr. specialized in forensic medicine	University of Turin - Department of Public and Pediatric Health Sciences	AMAC
Irato Elisa	Veterinary and temporary research fellow	Faculty of Veterinary Medicine, University of Turin	
Landi Stefano	Research Fellow and lecturer	Ca' Foscari University of Venice - Department of Management	
Libertino Andrea	Phd, Environmental Engineering	CIMA Research Foundation	AGESCI
Gottero Mauro	Doctor specialization in geriatrics and palliative care	Luce per la vita Onlus	Ottavio Mai di Torino
Jafari-Sadeghi Vahid	Lecturer (Assistant Professor) in Business Strategy	Coventry University, UK	Academy of Management (AOM)- Divisions: Strategic

			<p>Management, Entrepreneurship, and International Management</p> <p>Academy of International Business (AIB)</p> <p>International Academy of Business and Economics (IABE)</p> <p>Centre for Business in Society (CBiS), Coventry University</p> <p>International Centre for Transformational Entrepreneurship (ICTE), Coventry University</p>
Leonilo Capulso	Phd, Educational Management	Department of Education, Schools Division Office of Pampanga, Philippines	<p>International Literacy Association Australia</p> <p>Teaching & Education Research Association</p> <p>Asian Qualitative Research Association</p>
Moretti Laura	<p>Master's degree in Environmental Biology, Hygiene and Occupational Safety</p> <p>Temporary research fellow</p>	Hospitale “Città della Salute e della Scienza” of Turin and University of Turin	
Namrata Hange	Doctor Specialization in Public and Occupational health	MOH Holdings (MOHH), Singapore	
Nuzzo Anna Maria	Phd, Postdoctoral fellowship in Biomedical-Translational Research & Academia	Department of Surgical Sciences, Univesity of Turin	

Orofino Giancarlo	Professor, Dr. specialization in infectious disease	University of Turin - Department of Clinical and Biological Sciences, Local health company City of Turin	Arcobaleno AIDS
Pisano Roberto	Phd, Full Professor	Politecnico di Torino - Department of Applied Science and Technology	
Presti Pietro	Phd, Master's degree in law	Fondazione Edo ed Elvo Tempia	European Cancer Patient Coalition
Quaglia Valeria	Research fellow in methodology of Social Research	University of Milano Bicocca, Department of sociology and social research	
Renzi Marco	structural engineer	Republic of San Marino - Design and engineering Office	
Sadraei Razieh	Research fellow, PhD in Chemical and Materials Sciences	University of Wolverhampton, UK	Murphy Group Research Chemical Institute of Canada Canadian Society of Chemistry
Santosh Kumar Behera	Associate professor	Associate Professor, Department of Education, Kazi Nazrul University, Asansol, Paschim Bardhaman, West Bengal, India	
Sorrentino Annarita	Phd, Lecturer and research fellow	Department of Business and Quantitative Studies (DISAQ) University of Naples Parthenope	

Villamaina Floriana	Nurse and trainer	Mauriziano Hospital of Turin - Training Office	IRC Croce Verde di Condove Associazione O.I.S.I.
---------------------	-------------------	--	--

Reviewers:

- Calandra Davide, Phd student in Business and Management, University of Turin, Italy
 - Gideon Mekonnen Gideon, Phd student in Computer and Systems Sciences (DSV) Stockholm University (Sweden)
- Iannaci Daniel, Phd student in Business and Management, University of Turin
 - Margherita Emanuele Gabriel, PhD student in Management Information Systems, University of Tuscia, Italy
 - Megha Chotaliya, Assistant Professor and Head of Department of Accountancy and Research Guide, R.D. National College, University of Mumbai, Mumbai, India

Table of Content

Refereed Papers	
1. Bibliometrix analisi: volontariato e community-based. Brescia Valerio	1
2. Network di interesse pubblico e new public governance, il ruolo del terzo settore nell'equazione di governo. Orlandini Paola, Stefano Amelio	23
3. Can social neuromarketing be useful to public policy? Caratù Myriam, Sorrentino Annarita, Scozzese Giancarlo	39
4. Analisi degli elementi organizzativi nella disposizione di Offerta di test HIV rapidi. Il caso dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno. Bosa Marco, Costa Stefano, Gottero Mauro, Scavia Massimo, Emidio Albertini, Brescia Valerio	57
5. Regime fiscale degli enti del terzo settore. Chiampi Alessio	89
6. The use of micafungin in neonates and children: A systematic review. Secinaro Silvana, Brescia Valerio, Calandra Davide, Verardi Giovanni P., Bert Fabrizio	100
Report, poster, protocols and guidelines	
1. La valutazione dell'impatto sociale del Servizio Civile sui giovani che l'hanno svolto presso Vol.To nell'anno 2019. Brescia Valerio, Caria Maida, Mapelli Elena	115
2. Bilancio Sociale - Odv Casa Arcobaleno Anno 2019. Brescia Valerio, Vania Tradori, Paolo Bianciotto, Marco Bosa, Stefano Costa, Fabrizio Bert, Simona Urgo.	155
3. Protocollo operativo per l'attività di somministrazione test hiv – sifilide presso Casarcobaleno Torino. Scavia Massimo	191

Bibliometrix analisi: volontariato e community-based

Valerio Brescia

Department of Management, University of Turin, C.so Unione Sovietica, 218 bis, 10134, Torino (TO), Italy. E-mail: valerio.brescia@unito.it

Abstract: I termini volontariato e community-based hanno diverse interpretazioni e spesso non vengono considerati insieme. Non esistono analisi bibliometriche volte a indagare il significato dei due termini, sebbene questo possa essere utile per definire i futuri filoni di ricerca e individuare nuovi filoni di ricerca precedentemente non ancora trattati. Sebbene siano numerose le attività che vengono considerate nel terzo settore, non è chiaro quali siano i temi maggiormente affrontati, e diviene ancora più difficile una comprensione del termine community-based e delle attività svolte in tale forma. Il paper cerca di individuare temi trattati, parole chiave, paesi, principali ricerche per numero di citazioni e incidenza e filoni di ricerca futuri. Il campione analizzato considera una range temporale compreso tra il 1974 e il 2020.

Keywords: volontariato, voluntary, community-based, bibliometrix

doi: [10.5281/zenodo.3870741](https://doi.org/10.5281/zenodo.3870741)

1. Introduzione

Negli ultimi anni si è assistito a una crescita della letteratura in tema di volontariato e di attività community-based. Ma non è ancora del tutto chiaro il legame tra i termini e come il tema si sia sviluppato in letteratura non esistendo a oggi un'analisi completa del fenomeno. Di norma il termine community-based si riferisce alla collaborazione comunitaria che indica la necessità di un consenso per quanto riguarda la definizione di comunità all'interno della salute pubblica (MacQueen et al. 2001). Altre volte il termine si riferisce semplicemente ad attività svolte a favore della comunità o che si sono sviluppate all'interno della comunità (Thomas et al. 2011). Questo però denota sicuramente un filo comune con il termine volontariato e attività di volontariato, ovvero un insieme di azioni volontarie per completare il lavoro di miglioramento sociale, dei gruppi di interesse speciale e, da una prospettiva ampia, di tutte le azioni di organizzazioni informali (Cnaan e Amroffell 1994; Murnighan, Kim, e Metzger 1993). Senza ombra di dubbio entrambe le definizioni rappresentano azioni comuni, spesso svolte informalmente per ricercare il benessere sociale, a volte l'attività stessa di volontariato o il coinvolgimento in attività di community-based porta essa stessa a un miglioramento sociale (Cnaan, Handy, e Wadsworth 1996). Ma non è ancora chiaro come il fenomeno sia stato studiato in letteratura, quali le connessioni, la diffusione e i temi maggiormente trattati. In Italia così come in Europa è presente una pletora di associazioni formali e informali, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, enti filantropici, imprese sociali, società di mutuo soccorso, associazioni riconosciute e non, enti ecclesiastici, che si occupa di una svariata serie di attività e che viene riconosciuta nella concezione comune con il termine di terzo settore. Le attività sono svariate, Servizi sociali, interventi e prestazioni sanitarie, educazione, Istruzione e formazione sanitaria, salvaguardia e miglioramento delle condizioni dell'ambiente, interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio, formazione universitaria e post-universitaria, organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, radiodiffusione sonora a carattere comunitario, attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso, formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della povertà educativa,

cooperazione allo sviluppo, attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza, di concessione in licenza di marchi di certificazione, svolte nell'ambito o a favore di filiere del commercio equo e solidale, servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone svantaggiate, alloggio sociale, accoglienza Umanitaria, agricoltura sociale, organizzazione e gestione di attività sportive dilettantistiche, beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti, promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata, promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attività di interesse generale, protezione civile, procedure di adozione internazionale, riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata (Campedelli 2018). Se si analizzano le singole attività è subito chiaro che ci troviamo immediatamente in una situazione particolare di organizzazioni ibride (Secinaro et al. 2019) dove le attività del terzo settore a volte si intersecano con interessi imprenditoriali (Fici 2018) ma sempre volti a soddisfare i bisogni pubblici come già definito diverse volte dalla teoria legata alla New Public Governance (Brescia 2019). Ma sono numerosi gli enti o le forme informali di attività partecipativa svolta dal cittadino che non trovano una condivisione di obiettivi pubblici, bensì si lega sempre più spesso a spinte di cambiamento che partono dal basso verso l'alto e che integrano mancanze di policy.

Per condurre le analisi, è usato il pacchetto R "bibliometrix" (Aria e Cuccurullo 2017). Inoltre, è stato utilizzato "biblioshiny", un'app brillante che fornisce un'interfaccia web per bibliometrix e permette la creazione di dendrogrammi tematici, mappe concettuali e figure tematiche di tendenza. Per consentire di analizzare le aree geografiche più attive, abbiamo determinato le parole chiave principali utilizzando un grafico concettuale per identificare campi di ricerca più specifici e per visualizzare e leggere i journal più citati. Per questi motivi, l'analisi è stata condotta utilizzando le seguenti domande di ricerca multiple (Zupic e Čater 2015):

Q1: Qual è la tendenza della pubblicazione scientifica nel campo del volontariato e delle attività community-based nel mondo?

Q2: quali informazioni sono state scoperte da questa tendenza?

D3: Quali sono le direzioni future della ricerca in questo campo?

Lo scopo di questa analisi bibliometrica è il seguente:

a) Fornire informazioni bibliometriche di 140 studi scientifici estratti dal Database Scopus;

(b) Utilizzo del software R con i codici bibliometrix e biblioshiny per ottenere e registrare il file dati quantitativi nei diversi articoli selezionati;

(c) Usa le variabili come autori per l'articolo e l'indice di dominanza dell'autore per capire autori di spicco in questo settore di ricerca;

(d) Utilizzare l'analisi delle citazioni e la mappa di collaborazione per comprendere la rete di diffusione di questi temi;

(e) Studiare i paesi per valutare la produzione, le citazioni e la rete all'interno di ciascun paese.

Infine, il documento è organizzato come segue. Nella sezione due è definito il metodo bibliometrico con cui gli articoli in questo campo sono stati selezionati. La sezione 3 fornisce le fasi metodologiche utilizzate. La sezione 4 mostra i risultati, comprese tutte le variabili bibliometriche rilevanti. La

sezione 5 presenta la discussione incluso il modo in cui attualmente conosciamo i temi e conclude il documento con implicazioni future per la ricerca.

2. Metodologia

La metodologia di questo studio comprende cinque fasi principali.

Il processo di questo studio include (1) Design dello studio, (2) Raccolta dei dati, (3) Analisi dei dati (4) Visualizzazione Dati e (5) interpretazione (Aria e Cuccurullo 2017; Börner, Chen, e Boyack 2003; Cobo et al. 2011; Zupic e Čater 2015). Lo studio inizia con la definizione delle tre domande di ricerca. Successivamente, i ricercatori hanno selezionato "volunteering" e "community-based" come parole chiave principali nel database Scopus. Secondo (Chen e Xiao 2016), due sono i principali metodi di selezione delle parole chiave. Innanzitutto, l'uso di parole chiave di pubblicazione di alto livello; in secondo luogo, utilizzando parole chiave essenziali che identificano un grande dominio di ricerca e loro relazione a livello micro. L'articolo utilizza il primo modello di ricerca avendo solo 140 risultati di cui 139 disponibili su Scopus. Ad oggi, l'insieme di studi volontariato e coinvolgendo community-based creano una visione irregolare e spesso interdisciplinare che deve essere sistematizzata.

2.1 Letteratura con parole chiave

Dopo la fase di progettazione dello studio, il secondo passo include l'uso della statistica open source applicazione R per costruire l'analisi della teoria esistente e dei futuri trend di ricerca. La fase della raccolta dei dati consente di creare il file ".bib" pronto per la terza fase, ovvero l'analisi dei dati. In questa fase, le ricerche utilizzano il software R e i codici bibliometrix per creare analisi bibliometriche descrittive e creare la matrice includendo tutti i documenti. Inoltre, "biblioshiny", un'interfaccia web per bibliometrix, è stato utilizzato per la creazione di una mappa concettuale e una rete di co-citazione. L'analisi dei risultati è quindi proseguita con la loro visualizzazione mediante la tecnica di riduzione dei dati.

2.2 Bibliometric analysis

L'analisi dei risultati bibliometrici inizia con la descrizione essenziale delle principali statistiche bibliometriche. Successivamente, l'indagine continua considerando gli indicatori e le informazioni degli autori. Infine, vengono considerati i paesi. Ciascuna di questa categoria principale viene quindi analizzata a fondo utilizzando i seguenti elementi: (1) tipo di documento, (2) produzione scientifica annuale, (3) fonti scientifiche, (4) crescita delle fonti, (5) numero di articoli per autore, (6) Classifica di dominanza degli autori, (7) Parole chiave dell'autore, (8) Dendrogramma degli argomenti, (9) Mappa fattoriale del documento con il contributo più elevato, (10) Citazione degli articoli, (11) Produzione del Paese, (12) citazione del Paese, (13) Mappa di collaborazione del Paese e (14) Paese e rete di collaborazione.

3. Analisi descrittiva dei risultati bibliometrici

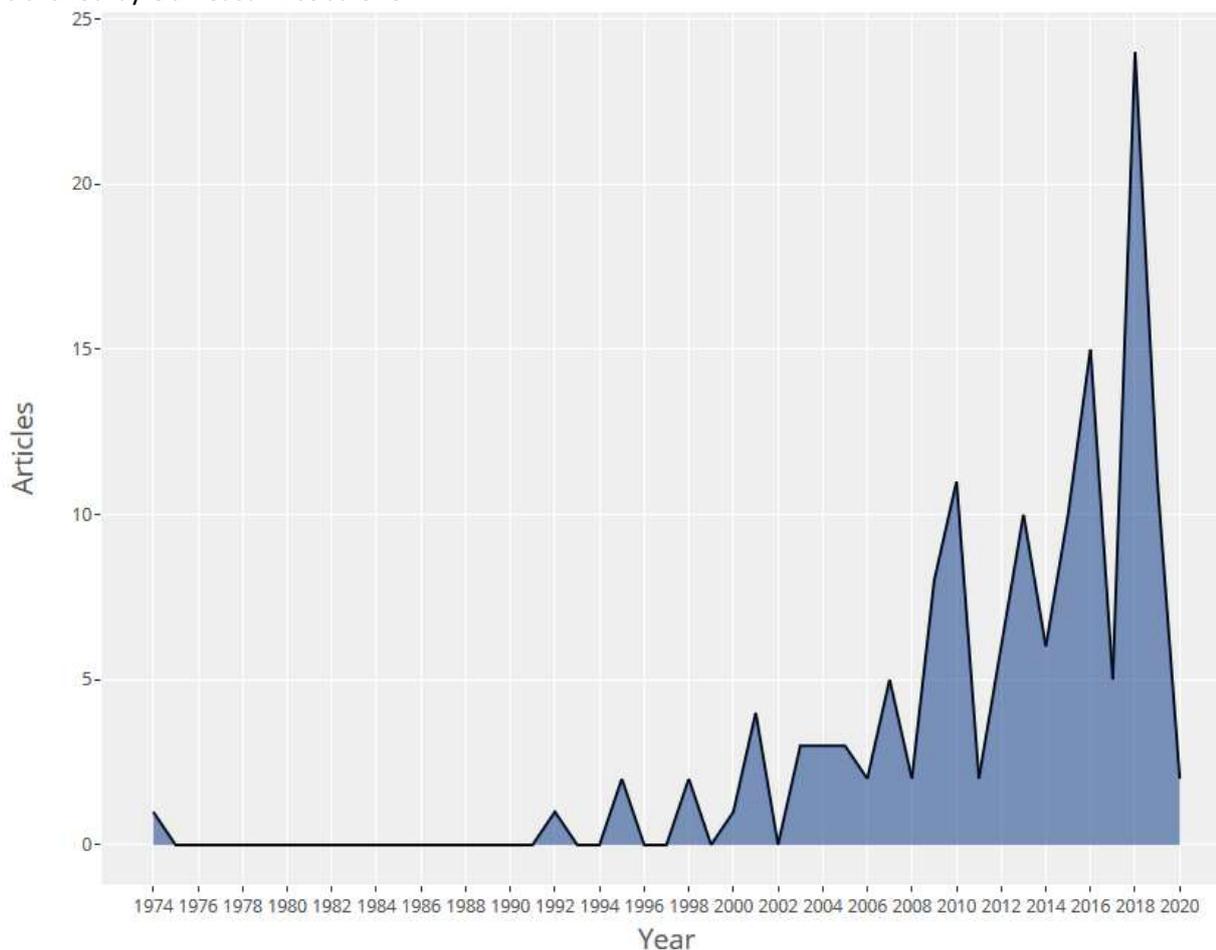
La tabella 1 mostra le informazioni essenziali estratte di 104 articoli pubblicati tra il 1974 al 2020 dal database Scopus. Come si può vedere, gli articoli sono pubblicati in 121 fonti consistenti principalmente su riviste scientifiche. Il numero di parole chiave utilizzate sono sette volte superiori al numero di articoli. Allo stesso tempo, le parole chiave più che sono il numero di parole chiave che compaiono frequentemente nel titolo dell'articolo è tre volte superiore rispetto al numero di articoli. Il periodo di analisi copre 46 anni di produzione scientifica. Tuttavia, l'aumento più significativo negli articoli pubblicati si è verificato negli ultimi tredici anni con picchi nel 2010, 2013, 2016, 2018 (Figura 1). Il 5 dicembre (Giornata Internazionale Volontariato) 2007, un'alleanza (non ancora

formalmente costituita) delle principali reti di ONG europee attive nel campo del volontariato si è riunita presso gli uffici del CEV - Centro Europeo del Volontariato per iniziare a lavorare su una strategia volta a dichiarare il 2011 come Anno Europeo del Volontariato. In media, ogni articolo è scritto da quattro autori (3,94); infine, l'indice di collaborazione (CI) che è progettato come totale autori di articoli multi-autore / totale articoli multi-autore è 4,52 (Elango & Rajendran, 2012).

Tabella 1. Principali informazioni

Description	Results
Documents	139
Sources (Journals, Books, etc.)	121
Keywords Plus (ID)	951
Author's Keywords (DE)	425
Period	1974 - 2020
Average citations per documents	14,54
Authors	547
Author Appearances	571
Authors of single-authored documents	23
Authors of multi-authored documents	524
Single-authored documents	23
Documents per Author	0,254
Authors per Document	3,94
Co-Authors per Documents	4,11
Collaboration Index	4,52
Document types	
ARTICLE	125
ARTICLE IN PRESS	1
BOOK	1
BOOK CHAPTER	5
CONFERENCE PAPER	2
REVIEW	5

Figura 1. Produzione scientifica annuale



Le risorse analizzate sono 125 e sono formate da articoli scientifici sottoposti a revisione paritaria. La distribuzione di gli articoli non presenta una concentrazione significativa. La tabella 2 dimostra che le principali pubblicazioni sono distribuite non solo su riviste di volontariato ma anche su temi diversi come cure palliative, geriatria, Aids e prevenzione, sviluppo ambientale, gestione dei servizi sanitari, sport, benessere urbano, lavoro, parità di genere, psicologia e differenze di età. Come si può notare il volontariato ha una miriade di tematiche sviluppate anche secondo la riforma del terzo settore italiano (D.lgs. 117/2017) su una pluralità di attività e iniziative, sebbene solo alcune siano maggiormente rappresentate in letteratura.

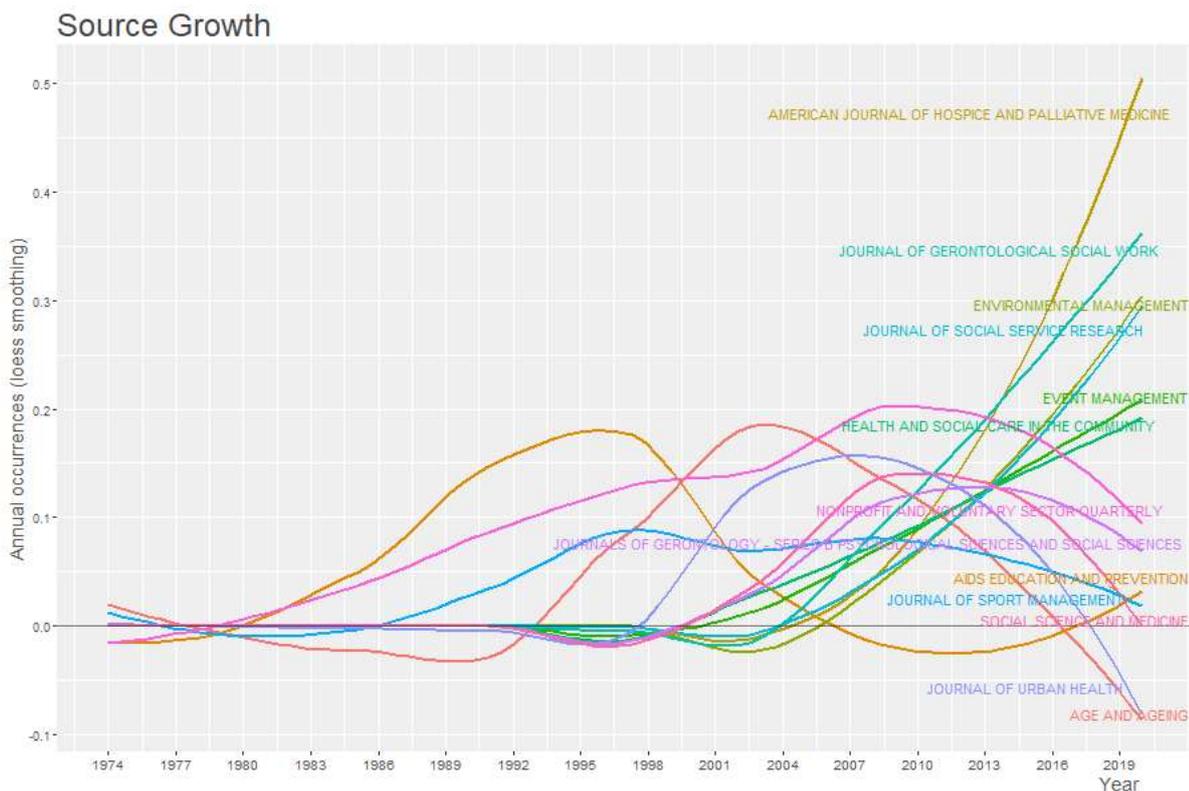
Tabella 2 Fonti che coinvolgono volontariato e attività community based

Sources	Articles
NONPROFIT AND VOLUNTARY SECTOR QUARTERLY	5
AMERICAN JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE	3
JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK	3
AGE AND AGEING	2
AIDS EDUCATION AND PREVENTION	2
ENVIRONMENTAL MANAGEMENT	2
EVENT MANAGEMENT	2
HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY	2
JOURNAL OF SOCIAL SERVICE RESEARCH	2
JOURNAL OF SPORT MANAGEMENT	2
JOURNAL OF URBAN HEALTH	2

JOURNALS OF GERONTOLOGY - SERIES B PSYCHOLOGICAL SCIENCES AND SOCIAL SCIENCES	2
SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE	2
ACADEMIC WORK AND CAREERS IN EUROPE: TRENDS CHALLENGES PERSPECTIVES	1
AFFILIA - JOURNAL OF WOMEN AND SOCIAL WORK	1
AFRICAN JOURNAL OF AIDS RESEARCH	1
AGEING INTERNATIONAL	1
AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY	1
AMERICAN JOURNAL OF LIFESTYLE MEDICINE	1
AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE	1

Le riviste che trattano l'argomento e le questioni correlate sono evidenti dalla crescita delle pubblicazioni che confermano quanto già evidenziato nella tabella 1. Tra il 2000 e il 2020, è possibile notare una crescita continua delle pubblicazioni sull'argomento, sebbene dal 2007 sia presente una crescita maggiore alla media del periodo considerato (Figura 2).

Figura 2 crescita delle fonti



3.1 Autori

Questa sezione identifica gli autori più citati per quanto riguarda attività di volontariato e community-based. In questa sezione, è anche possibile identificare le parole chiave dell'autore, il fattore di posizionamento dominante e le citazioni totali. La tabella 3 identifica gli autori e le loro pubblicazioni nelle prime 20 classifiche principali. Analizzando la tabella Linda Fried (Barron et al. 2009; Fried et al. 2013; Tan et al. 2009, 2009; Varma et al. 2016), Michelle C. Carlson (Carlson 2010; Tan et al. 2006, 2009; Varma et al. 2016), Tan Erwin (Barron et al. 2009, 2009; Tan et al. 2006, 2009) sono gli

autori con pubblicazioni significative, quattro ciascuno, seguite da altri autori con non più di due pubblicazioni ciascuno. Alcuni autori hanno pubblicato come autori primari, mentre la maggior parte ha pubblicato come coautori. Per questo motivo, è necessario misurare il contributo potere di ogni autore. Questo è stato fatto studiando il fattore di classifica dominante attraverso numero di elementi nella sezione successiva. Prof. Linda Fried è Decano della Scuola di sanità pubblica di Mailman e professore DeLamar di pratica di sanità pubblica, professore di Epidemiologia e medicina e Vicepresidente della Columbia University Medical Center. Michelle C. Carlson è professoressa alla Bllomberg School of Public Halth e si occupa di salute mentale ed epidemiologia occupandosi nello specifico di epidemiologia legata all'invecchiamento. I suoi temi principali di ricerca sono lo studio sulle vie cognitive dello studio sulla salute e l'invecchiamento delle donne e il sito Johns Hopkins PI dello studio nazionale Ginkgo Evaluation of Memory (GEMS) per prevenire e ritardare la demenza e l'invecchiamento cognitivo. Tan, Erwin J è il direttore di Thought Leadership - Health presso AARP e internista e geriatra certificato. In precedenza, Erwin era stato direttore di Senior Corps presso la Corporation for National and Community Service. Dal 2004 al 2010, ha lavorato come professore aggiunto di medicina presso la Johns Hopkins School of Medicine, dove ha ricoperto il ruolo di medico curante nella divisione di medicina geriatrica. È stato anche co-investigatore del Baltimore Experience Corps Study. Dal 2003 al 2004, Erwin è stato membro della Casa Bianca come assistente speciale del segretario per gli affari dei veterani. È immediatamente evidente notare la preponderanza di articoli legati al benessere della comunità, la multidisciplinarietà dei temi trattati si evince dalla presenza di altri studiosi che su temi comuni affrontano gli stessi casi studio, un esempio è Nancy Morrow-Howell professoressa di scienze politiche alla Brown School e direttrice dell'Harvey A. Friedman Center for Aging. Sebbene la preponderanza dei principali articoli prodotti sia correlata con tematiche di medicina si evince immediatamente un'assenza di tematiche più specifiche e correlate agli altri temi del volontariato.

Tabella 3 i 20 principali autori per numero di articoli

Authors	Articles
FRIED LP	5
CARLSON MC	4
TAN EJ	4
MCGILL S	3
MORROW-HOWELL N	3
REBOK GW	3
CASSEL JB	2
CLAXTON-OLDFIELD S	2
EDWARDS B	2
HAMMERSLEY L	2
MATTHIEU MM	2
TANNER EK	2
XUE QL	2
YU Q	2
(FARWICK) KWENANI D	1
ABDUL-NOOR R	1
ABDULAI MA	1
ABOLFATHI MOMTAZ Y	1
ABU-GOSH N	1

3.2 Classifica di dominanza degli autori

Il fattore di dominanza (DF) è un rapporto che misura la frazione di articoli con più autori in di cui un autore funge da primo autore (Kumar & Kumar, 2008). Diversi studi bibliometrici utilizzano il fattore DF nelle loro analisi (Elango & Rajendran, 2012; Gatto & Drago, 2020). La classifica DF calcola il dominio dell'autore nella produzione di articoli. Il fattore DF è la proporzione di a il numero di articoli con più autori dell'autore (Nmf) è diviso per il numero totale di documenti con più autori lavori dell'autore (Nmt). Nel caso del singolo autore, questo viene omesso a causa della sua costante valore di "uno" per i documenti a autore singolo. L'equazione matematica per il fattore DF è mostrata come:

$$DF = \frac{Nmf}{Nmt}$$

La Tabella 4 elenca le prime 20 classifiche DF principali e mette in evidenza che Linda Fried, che è apparsa con cinque pubblicazioni, è il primo e principale autore di pubblicazioni con articoli multi-autori. La classifica continua con Tan Erwin e altri autori che hanno pubblicato un numero pari o uguale a due articoli e dove l'autore apparire come primo nel loro gruppo di ricerca.

Tabella 4 DF degli autori

Author	Dominance Factor	Tot Articles	Single-Authored	Multi-Authored	First-Authored	Rank by Articles
FRIED LP	0.2	5	0	5	1	20
TAN EJ	0.5	4	0	4	2	19
CLAXTON-OLDFIELD S	1.0	2	0	2	2	14
HAMMERSLEY L	1.0	2	1	1	1	14
CASSEL JB	0.5	2	0	2	1	14
EDWARDS B	0.5	2	0	2	1	14
MATTHIEU MM	0.5	2	0	2	1	14
(FARWICK) KWENANI D	1.0	1	0	1	1	1
ABOLFATHI MOMTAZ Y	1.0	1	0	1	1	1
AFARI-ASIEDU S	1.0	1	0	1	1	1
AIZAWA F	1.0	1	0	1	1	1
ALTMAN DS	1.0	1	0	1	1	1
ANDOW DA	1.0	1	0	1	1	1
BARRON JS	1.0	1	0	1	1	1
BERG JA	1.0	1	0	1	1	1

BIRD Y	1.0	1	0	1	1	1
BLAZEK M	1.0	1	0	1	1	1
BOATRRIGHT C	1.0	1	0	1	1	1
BOBZIEN JL	1.0	1	0	1	1	1
BOWEN DJ	1.0	1	0	1	1	1

3.3 Parole chiave degli autori

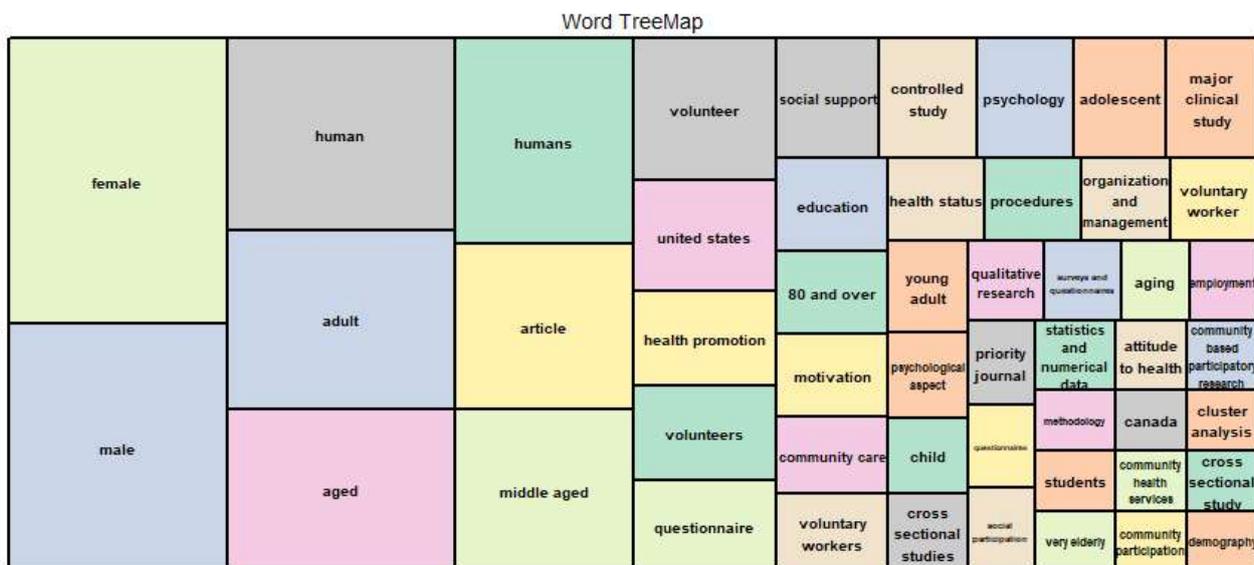
Questa sezione fornisce informazioni che collegano volontariato e attività community-based. I ricercatori inseriscono più parole chiave negli articoli. Questa analisi è essenziale per determinare le tendenze di ricerca, identificare eventuali lacune e i campi di interesse come area di ricerca. La tabella 6 evidenzia il numero totale di parole chiave per autore nelle prime 20 posizioni. La classifica delle principali parole chiave individua l'analisi di differenziazione di uomo e donna nelle analisi e contesti, umanità, criteri legati all'età come età adulta e mezza età, volontari, Stati Uniti, promozione della salute, uso dei questionari, supporto sociale, psicologia, adolescenti e studi clinici.

Tabella 5 principali parole chiave 20 principali.

Terms	Frequency
female	102
male	88
human	71
adult	66
aged	60
humans	60
article	48
middle aged	47
volunteer	33
united states	26
health promotion	22
volunteers	22
questionnaire	21
social support	20
controlled study	19
psychology	19
adolescent	18
major clinical study	18
education	17
80 and over	15

Inoltre, la TreeMap evidenzia la combinazione di possibili parole chiave e queste possono essere identificate dalla figura 3 e rappresentano la connessione tra volontariato e community-based.

Figura 3 TreeMap delle parole chiave e relazione.



Il dendrogramma in Figura 4 rappresenta l'ordine gerarchico e la relazione tra le parole chiave generate dal clustering gerarchico. La rappresentazione identifica i pesi per ciascuno oggetto secondo i cluster e misura i collegamenti. In altre parole, ogni oggetto si riferisce a una serie di parole chiave associate al volontariato e alle attività di community-based.

Il dendrogramma rappresenta l'approccio volontario legato principalmente alla realtà inglese che si associa principalmente a due grandi cluster. Il primo cluster è concentrato principalmente sull'attività volontaria associata a un elenco di attività. La prima riguarda l'analisi degli over 80, a questo si aggiunge la promozione della salute analizzata attraverso questionari e lo stato di salute legato all'età, legato a metodi di valutazione dello stato psicologico della cittadinanza e conferme attraverso studi di controllo su gruppo di americani. Il secondo cluster è sempre legato a interviste e questionari rivolti ad anziani che vanno a testare le motivazioni di intervento di attività di volontariato e community based. Nel secondo cluster troviamo anche un'analisi motivazionale di perché gli adolescenti decidono di intraprendere percorsi di volontariato e dei protocolli adottati per le attività di intervento. Lo studio delle motivazioni dei soggetti si concentra anche su studi statistici che analizzano a livello psicologico volontari sia in età adulta che in età adolescenziale. Il secondo cluster è più complesso, la prima articolazione riguarda diversi studi sulla percezione dei principi umani e morali dell'uomo e dell'umanità concentrandosi sulla differenza tra uomo e donna e indagando sul supporto sociale fornito dal volontariato attraverso attività di community-based. Il secondo gruppo comprende studi trasversali attraverso l'ausilio di questionari rivolti a principali casi clinici in soggetti di mezza età e attività di volontariato connesse, e confronti trasversali su processo informativo in percorsi community-base attuati. Sia gli studi sui percorsi clinici che sulle attività di supporto sociale considerano una serie di variabili principali, tra cui età ed educazione ricevuta e valutano la prevalenza di studenti che decidono di intraprendere percorsi di volontariato o adottare azioni di community-based. L'ultimo gruppo si concentra su attività volte al benessere della comunità che riguardano la partecipazione attiva del cittadino considerando sia elementi di organizzazione che di management che elementi demografici e fattori socioeconomici. La figura 5 rappresenta l'andamento dei temi affrontati. Il primo tema affrontato nel 2006 riguarda attività di prevenzione tra la popolazione riguardando il benessere dell'igiene dentale svolta dai dentisti in cambio di crediti di educazione continua professionale per migliorare il benessere della comunità. Sempre sul benessere sanitario si concentra il filone introdotto nel 2008 con la ricerca del benessere delle donne e l'analisi della prevalenza di HIV nella comunità. Nel 2009 viene affrontato per la prima volta il tema dei

volontari impiegati a diverso titolo in attività sociali, nello stesso alto viene affrontato il benessere legato alla mobilità e alla popolazione che vive nei centri urbani oltre a una prima interrogazione su quelle che dovessero essere le priorità della ricerca. Nel 2010 i temi legati al volontariato e community-based toccano aspetti psicologici di benessere che nell'anno riguardano anche i veterani di ritorno dalla guerra nel contesto americano. Sono condotti degli studi di controllo per confermare quanto individuato. Nel 2011 abbiamo un'indagine sulla metodologia da applicare che si concentra su questionari, studi comparativi e analisi principalmente qualitative. Nel 2012 la ricerca si concentra principalmente nel contesto canadese e attraverso gli studenti con l'uso dei questionari è possibile indagare sui processi informativi delle attività di volontariato e community-based. Nel 2013 l'indagine si riconcentra su attività di promozione della salute. Nel 2014 vengono condotte diverse analisi su percorsi clinici che coinvolgono volontari attraverso l'ausilio di questionari, esempi sono relativi a percorsi di cure palliative e attività di volontariato svolte per pazienti geriatrici. Sempre nel 2014 viene trattato anche il tema organizzativo e del management che ha due connotazioni, la prima volta a individuare l'organizzazione e la gestione delle attività di volontariato e community based in senso stretto anche attraverso percorsi più strutturati come quello di cura, l'altro connotato si riferisce ai possibili metodi organizzativi e manageriali di gestione e raccolta dei dati per la ricerca all'interno delle associazioni. Nel 2016 il trend maggiore di ricerca si riferisce a attività di volontariato e community based con ricaduta sugli adolescenti, ma nello stesso anno vengono anche considerate attività nei contesti rurali considerando anche fattori socioeconomici legati ad attività di volontariato e community-based. Nel 2016 il volontariato è il principale tema con indagini condotte attraverso interviste e questionari a giovani e adolescenti che svolgono questo tipo di attività, la definizione di procedure di indagini arricchisce la ricerca in tale ambito. Nel 2017 il cambiamento climatico, il passare del tempo e la sostenibilità ambientale vengono introdotti tra i principali temi di indagine legati al community based e volontariato, sebbene il tema della partecipazione sociale dei molto anziani sia il più indagato. Nel 2018 a oggi le indagini si sono spostate su temi di psicologia, su analisi qualitative e sull'impiego delle competenze acquisite attraverso questo tipo di attività.

Figura 4 dendrogramma dei temi affrontati

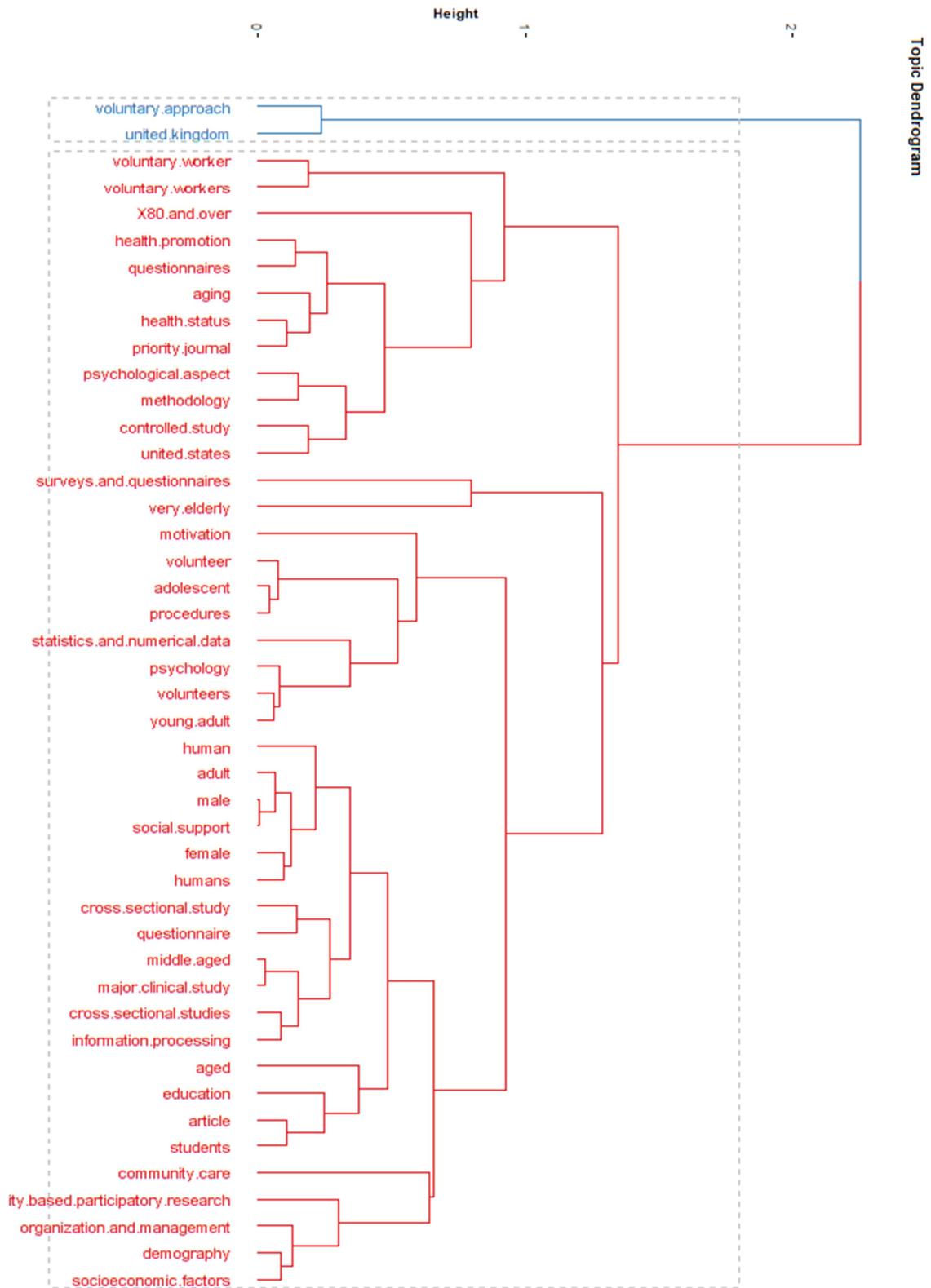
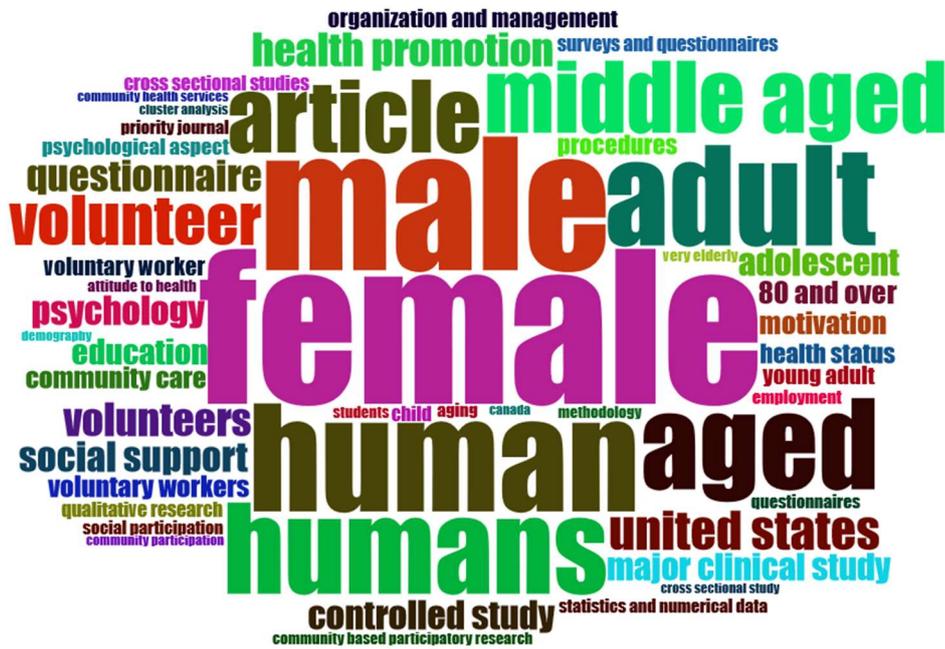
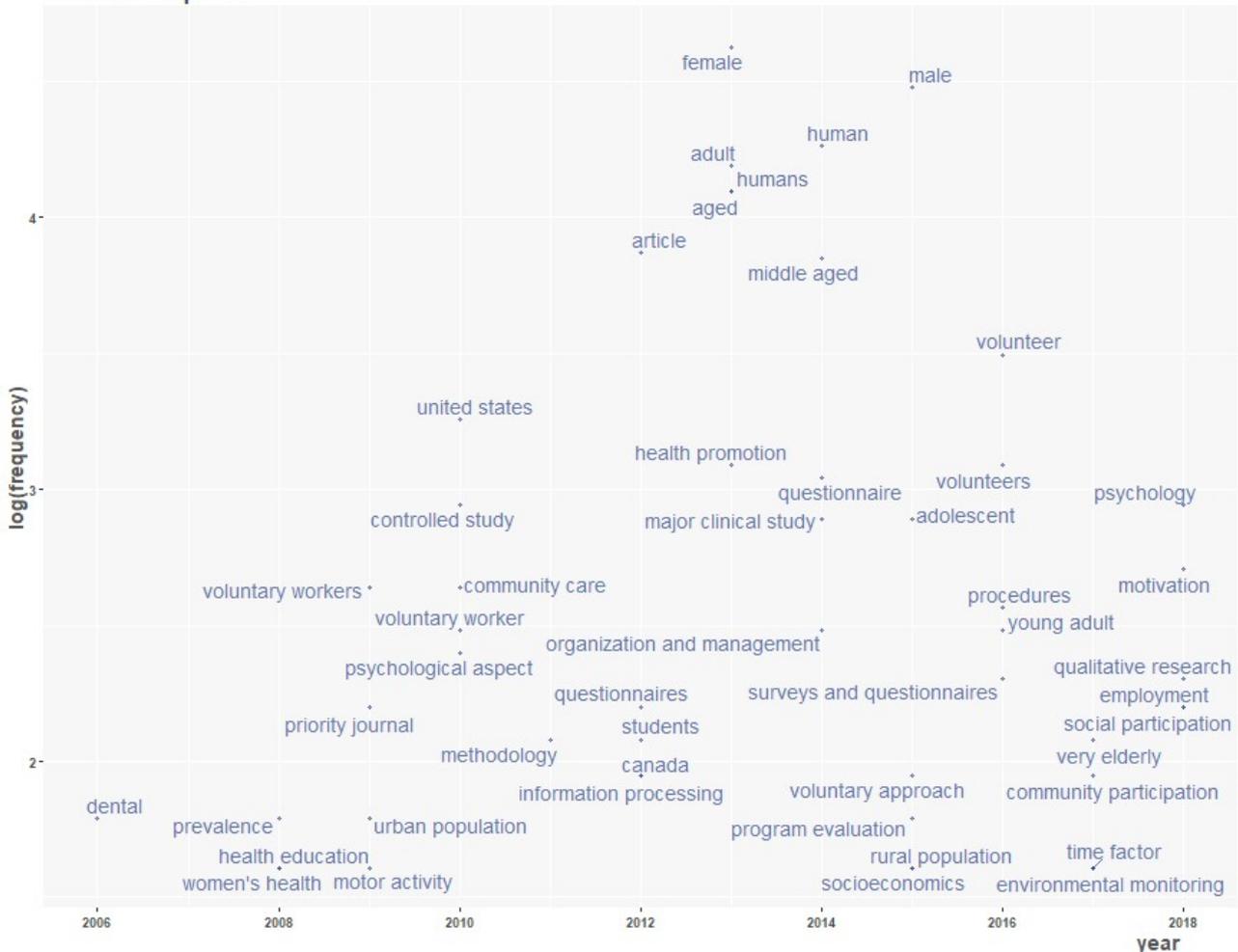


Figura 4 bis Fig 6. Word cloud legato a volontariato e attività community based



Trend Topics



3.4 Total citations

La tabella 6 rappresenta il numero di citazioni da altri articoli inseriti nelle prime 20 classifiche. Ciò mostra la tendenza di alcuni articoli di essere significativi per la letteratura nonostante siano dislocati in periodi temporali differenti. Diversi autori si occupano di attività di volontariato e community-based. L'articolo di riferimento principale è quello del 2004 (Fletcher e Hirdes 2004), che riceve un numero maggiore di citazioni per ogni anno fino ad oggi. Quattro articoli, uno del 2010 (Corbett et al. 2010), uno dal 2007 (Ginwright e Cammarota 2007), uno del 2001 (Mooney e Edwards 2001), uno del 2012 (Mahmood et al. 2012) e del 2006 (Tan et al. 2006) sono notevolmente significativi per il numero di citazioni ricevute in diversi anni e la classifica ottenuta. Ciò indica che gli articoli sono competenti e forniscono i principali filoni di ricerca seguiti dagli accademici. Dai risultati ottenuti è possibile individuare tre principali riviste su cui vengono pubblicate ricerche in tema di volontariato e attività community-based. La prima è Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, una rivista internazionale e interdisciplinare che racconta di azioni e attività volte a migliorare la qualità della vita e il benessere generale dell'umanità attraverso azioni volontarie efficaci e appropriate, riferendo su ricerche e programmi relativi al volontariato, alla partecipazione dei cittadini, alla filantropia e alle organizzazioni senza scopo di lucro nelle società di tutto il mondo. Il secondo periodico è il Journal of Urban Health, che tra gli scopi riporta il miglioramento della salute e il benessere delle persone nelle città. Il Journal fornisce una piattaforma per l'esplorazione interdisciplinare basata su prove per i più ampi determinanti delle disuguaglianze di salute e attività necessarie per rafforzare politiche, programmi e governance per la salute urbana; il Journal pubblica dati originali, casi di studio, commenti, recensioni di libri, sintesi di relazioni selezionate e atti di importanti riunioni globali. La terza rivista più rilevante è Social Science and Medicine, il periodico pubblica materiale pertinente a qualsiasi aspetto della salute proveniente da una vasta gamma di discipline di scienze sociali (antropologia, economia, epidemiologia, geografia, politica, psicologia e sociologia) e materiale pertinente per le scienze sociali di una qualsiasi delle professioni che si occupano di salute fisica e mentale, l'assistenza sanitaria, la pratica clinica e la politica e l'organizzazione della salute. Si aggiungono diverse riviste che trattano principalmente benessere e salute, pertanto le attività di volontariato community-based si può dedurre abbiano quella finalità come ultima istanza.

Tabella 6 principali articoli e riviste per numero di citazioni

Paper	Total Citations	TC per Year
FLETCHER PC, 2004, AGE AGEING (Fletcher e Hirdes 2004)	185	10,8824
CORBETT EL, 2010, LANCET (Corbett et al. 2010)	152	13,8182
GINWRIGHT S, 2007, INT J QUAL STUD EDUC (Ginwright e Cammarota 2007)	100	7,1429
MOONEY LA, 2001, TEACH SOCIOL (Mooney e Edwards 2001)	97	4,85
TAN EJ, 2006, URBAN HEALTH (Tan et al. 2006)	82	5,4667
HONG SI, 2010, SOC SCI MED (Hong e Morrow-Howell 2010)	76	6,9091
MAHMOOD A, 2012, SOC SCI MED (Mahmood et al. 2012)	66	7,3333
SEYFANG G, 2004, COMMUNITY DEV J (Seyfang 2004)	65	3,8235

TAN EJ, 2009, J GERONTOL SER B PSYCHOL SCI SOC SCI (Tan et al. 2009)	54	4,5
GRELLA CE, 2007, WOMEN'S HEALTH ISSUES (Grella e Greenwell 2007)	52	3,7143
CUSKELLY G, 1998, J SPORT MANAGE (Cuskelly, McIntyre, e Boag 1998)	52	2,2609
FRIED LP, 2013, CONTEMP CLIN TRIALS (Fried et al. 2013)	51	6,375
BRIGGS E, 2010, J MACROMARK (Briggs, Peterson, e Gregory 2010)	50	4,5455
VIDERAS J, 2012, J ENVIRON ECON MANAGE (Videras et al. 2012)	49	5,4444
WILLIAMS CC, 2003, REG STUD (Williams 2003)	39	2,1667
EDWARDS B, 2001, NONPROFIT VOLUNT SECT Q (Edwards, Mooney, e Heald 2001)	38	1,9
BARRON JS, 2009, URBAN HEALTH (Barron et al. 2009)	34	2,8333
LOUTFY M, 2016, BMC MED RES METHODOL (Loutfy et al. 2016)	26	5,2
OUELLETTE SC, 1995, AIDS EDUC PREV (Ouellette et al. 1995)	26	1
SCHNEIDER JA, 2007, NONPROFIT VOLUNT SECT Q (Schneider 2007)	25	1,7857

3.5 Paesi

La Figura 6 e la Tabella 6 mostrano i paesi in cui è stato affrontato il tema considerato. Il primo paese in classifica sono gli USA (127); come già sottolineato da diversi articoli è stata la nazione con maggiori studi e progetti legati sia al volontariato che all'attività di community-based sia per quanto riguarda la gestione dei veterani sia per quanto riguarda gli studi legati a patologie dell'età e geriatriche. Segue per diffusione di articoli Canada (41), Australia (29), UK (18), Japan (7), South Africa (6). È immediatamente evidente come il tema è sviluppato nei paesi situati in diversi continenti, evidenziando però una concentrazione dei paesi di origine anglosassone. Sono scarsamente evidenziate attività in nazioni Africane dove la povertà non agevola azioni di volontariato e la Russia dove il tema è scarsamente affrontato, è risaputo che le nazioni ove il totalitarismo e la democrazia sono minori è di conseguenza anche inferiore la partecipazione del cittadino alla vita pubblica con iniziative autonome o attività community-based senza controllo del sistema (Borowski 2017). Inoltre è evidente che i paesi anglosassoni hanno un approccio maggiore alla partecipazione pubblica rispetto i paesi europei (Foundation_Barcelona e Association_Bucharest 2007).

Figura 6 Produzione scientifica nei rispettivi paesi

Country Scientific Production

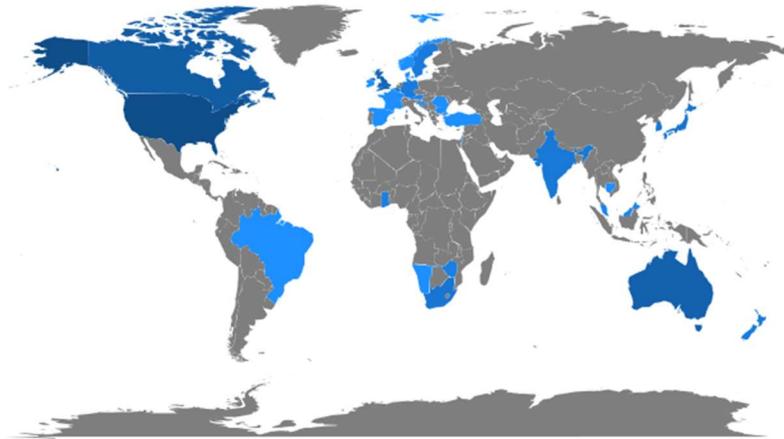


Tabella 6 frequenza di articoli pubblicati in ciascun paese

region	Freq
USA	127
CANADA	41
AUSTRALIA	29
UK	18
JAPAN	7
SOUTH AFRICA	6
INDIA	5
SOUTH KOREA	5
BELGIUM	4
GERMANY	4
ISRAEL	4
NEW ZEALAND	4
SINGAPORE	4
SWEDEN	4
GHANA	3
ZIMBABWE	3
AUSTRIA	2
MALAYSIA	2
BRAZIL	1
BULGARIA	1

L'analisi mira anche a osservare la collaborazione e il networking tra paesi in materia. La tabella 8 evidenzia la citazione media che per USA, Canada, Inghilterra, Malawi e Australia è più alta. Tuttavia, il numero di citazioni significative sono in Malawi, Singapore, Canada, Svezia, Malesia. I paesi possono avere congiuntamente uno sviluppo più sostanziale di politiche legate al volontariato attivo o passivo e ad attività community-based.

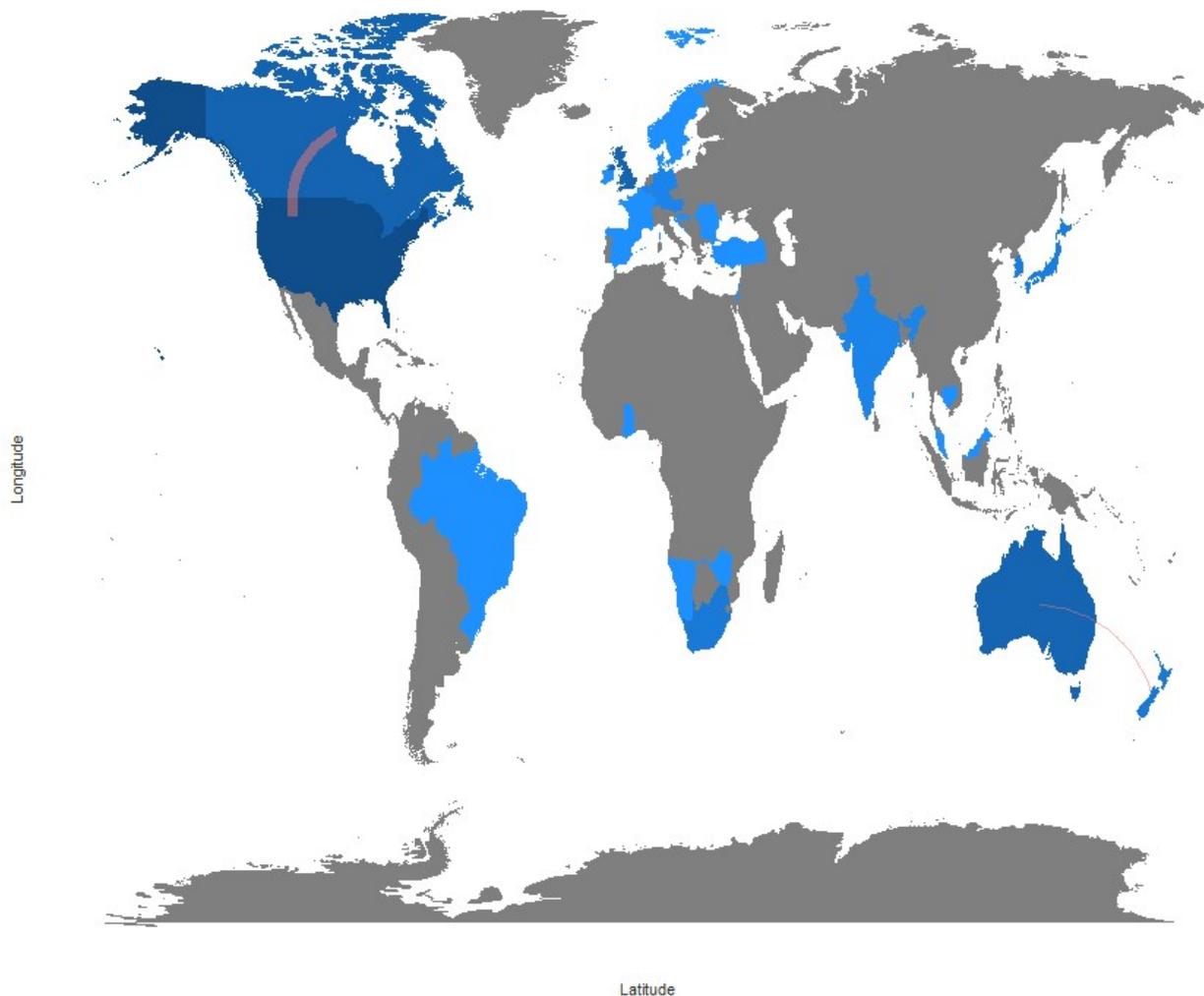
Tabella 8 Citazione media per stato

Country	Total Citations	Average Article Citations
USA	896	17,569
CANADA	334	25,692
UNITED KINGDOM	156	15,6
MALAWI	152	152
AUSTRALIA	150	13,636
SINGAPORE	76	76
BELGIUM	24	12
SWEDEN	24	24
MALAYSIA	20	20
INDIA	18	9
FRANCE	15	15
IRELAND	13	13
JAPAN	10	5
GERMANY	8	4
ISRAEL	5	5
SOUTH AFRICA	4	4
CROATIA	1	1
KOREA	1	0,333
AUSTRIA	0	0
GHANA	0	0

La Figura 7 spiega la collaborazione nel mondo; il colore blu sulla mappa rappresenta l'esistenza di cooperazione nella ricerca con altre nazioni. È interessante vedere come tutti i paesi con più pubblicazioni abbiano collaborato maggiormente con le altre soprattutto quelle maggiormente citate. Sebbene Canada, USA e Inghilterra siano quelle che hanno la collaborazione più significativa con altri paesi a volte molto distanti tra loro che potrebbero sviluppare il tema su un principio di cooperazione internazionale.

Figura 7 collaborazione nel mondo

Country Collaboration Map



4. Conclusioni

L'attività di volontariato e community-based risulta un tema ancora da sviluppare, come abbiamo potuto evidenziare nell'analisi sono numerosi i trend e i temi affrontati, sebbene siano concentrati su aspetti di salute psicologica e progetti sanitari. In realtà sono numerosi nel mondo i casi di attività di volontariato basati sull'intervento della popolazione e basate sulla popolazione stessa che meritano diffusione e indagine. È possibile evidenziare come sia presente una pletera di attività che non vengono raccontate nelle riviste scientifiche, un po' per difficoltà del volontariato ad accedere a mezzi di divulgazione scientifica un po' per concentrazione su alcuni temi. Le future indagini potrebbero inoltre indagare sulle attività community-based che sono attigue ai totalitarismi e che sono invece incentivate dallo stato sotto il proprio controllo, un tema completamente assente nella letteratura scientifica. Il costo efficacia delle attività non è mai stato analizzato. Inoltre, sono fin troppo numerosi i casi analizzati con metodi qualitativi trascurando molto spesso il metodo quantitativo. Questo aspetto dovrebbe essere sviluppato anche sui casi studio per dare maggiore rilevanza alle ricadute di ciascuna iniziativa o progetto analizzato. Il tema come detto è multidisciplinare, ma il benessere rimane il filo conduttore di tutta la ricerca. Pertanto, è il principio su cui bisogna basare le indagini. Se il volontariato non è solo positivo e le attività community-based se non gestite potrebbero avere delle ricadute anche negative, quali sono gli elementi da evitare che portano al fallimento? Risulta comunque evidente che l'indagine sanitaria e sociosanitaria sia prioritaria e troverà sempre un terreno

fertile legato al benessere della popolazione. Lo studio evidenzia anche le variabili maggiormente utilizzate durante l'analisi di casi studio con metodo differenti, pertanto si suggerisce di partire da questi risultati e di volgere lo sguardo ad approcci e metodologia ancora inesplorate. Se in Europa e America il connotato di terzo settore ha definizioni a volte differenti, le attività community-based hanno trovato un terreno fertile nei paesi anglosassoni per la maggiore tendenza e cultura a partecipare alla vita pubblica come elementi integranti di un sistema (Evers e Laville 2004). I professionisti, gli operatori, i ricercatori del "European journal of volunteering and community-based projects" hanno ancora molta strada da fare per migliorare la condizione umana e spingere a un maggiore sviluppo sociale, ma mi auguro che la rivista possa trovare una collocazione utile come trade union di attività, opinioni, progetti, evidenze e ricerche per migliorare sempre più la società che si trova attualmente davanti a un punto di crisi (Peet 2019; Walker 2019).

5. Limitazioni

L'analisi condotta si basa su un criterio bibliometrico, sono numerosi i paesi, come l'Italia che non hanno indicizzato su scopus le pubblicazioni sul terzo settore, essendo molto spesso realizzato nel contesto locale e pertanto privo di un interesse reale da parte delle riviste interazionali di settore. Un gap che deve essere con il tempo colmato dalla ricerca di settore da ciascun paese.

Bibliografia

- Aria, Massimo, e Corrado Cuccurullo. 2017. «A brief introduction to bibliometrix». *Journal of Informetrics* 11(4): 959–975.
- Barron, J.S. et al. 2009. «Potential for Intensive Volunteering to Promote the Health of Older Adults in Fair Health». *Journal of Urban Health* 86(4): 641–53.
- Börner, Katy, Chaomei Chen, e Kevin W. Boyack. 2003. «Visualizing knowledge domains». *Annual review of information science and technology* 37(1): 179–255.
- Borowski, Andrzej. 2017. «Totalitarianism in sociological research». *World Scientific News* 67(2): 80–101.
- Brescia, Valerio. 2019. *1209 The popular financial reporting: new accounting tool for Italian municipalities*. Franco Angeli.
- Briggs, E., M. Peterson, e G. Gregory. 2010. «Toward a Better Understanding of Volunteering for Nonprofit Organizations: Explaining Volunteers' pro-Social Attitudes». *Journal of Macromarketing* 30(1): 61–76.
- Campedelli, Massimo. 2018. «Due anni dopo. L'implementazione della riforma del Terzo settore». *Social Policies* (2): 281–286.
- Carlson, G. 2010. «Is the Relationship between Your Hospital and Your Medical Staff Sustainable?». *Journal of Healthcare Management* 55(3): 159–74.
- Chen, Guo, e Lu Xiao. 2016. «Selecting publication keywords for domain analysis in bibliometrics: A comparison of three methods». *Journal of Informetrics* 10(1): 212–223.
- Cnaan, Ram A., e Laura Amroffell. 1994. «Mapping volunteer activity». *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 23(4): 335–351.

Cnaan, Ram A., Femida Handy, e Margaret Wadsworth. 1996. «Defining who is a volunteer: Conceptual and empirical considerations». *Nonprofit and voluntary sector quarterly* 25(3): 364–383.

Cobo, Manuel J., Antonio Gabriel López-Herrera, Enrique Herrera-Viedma, e Francisco Herrera. 2011. «Science mapping software tools: Review, analysis, and cooperative study among tools». *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 62(7): 1382–1402.

Corbett, E.L. et al. 2010. «Comparison of Two Active Case-Finding Strategies for Community-Based Diagnosis of Symptomatic Smear-Positive Tuberculosis and Control of Infectious Tuberculosis in Harare, Zimbabwe (DETECTB): A Cluster-Randomised Trial». *The Lancet* 376(9748): 1244–53.

Cuskelly, G., N. McIntyre, e A. Boag. 1998. «A Longitudinal Study of the Development of Organizational Commitment amongst Volunteer Sport Administrators». *Journal of Sport Management* 12(3): 181–202.

Edwards, B., L. Mooney, e C. Heald. 2001. «Who Is Being Served? The Impact of Student Volunteering on Local Community Organizations». *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 30(3): 444–61.

Evers, Adalbert, e Jean-Louis Laville. 2004. *The third sector in Europe*. Edward Elgar Publishing.

(Farwick) Kwenani, D., e X. Yu. 2018. «Maximizing International Students' Service-Learning and Community Engagement Experience: A Case Study of Student Voices on the Benefits and Barriers». *Journal of Higher Education Outreach and Engagement* 22(4): 29–52.

Fici, Antonio. 2018. *La riforma del terzo settore e dell'impresa sociale. Una introduzione*. Editoriale Scientifica.

Fletcher, P.C., e J.P. Hirdes. 2004. «Restriction in Activity Associated with Fear of Falling among Community-Based Seniors Using Home Care Services». *Age and Ageing* 33(3): 273–79.

Foundation_Barcelona, Interarts, e ECUMEST Association_Bucharest. 2007. «Guide to Citizen Participation in Local Cultural Policy Development».

Fried, L.P. et al. 2013. «Experience Corps: A Dual Trial to Promote the Health of Older Adults and Children's Academic Success». *Contemporary Clinical Trials* 36(1): 1–13.

Ginwright, S., e J. Cammarota. 2007. «Youth Activism in the Urban Community: Learning Critical Civic Praxis within Community Organizations». *International Journal of Qualitative Studies in Education* 20(6): 693–710.

Grella, C.E., e L. Greenwell. 2007. «Treatment Needs and Completion of Community-Based Aftercare Among Substance-Abusing Women Offenders». *Women's Health Issues* 17(4): 244–55.

Hong, S.I., e N. Morrow-Howell. 2010. «Health Outcomes of Experience Corps®: A High-Commitment Volunteer Program». *Social Science and Medicine* 71(2): 414–20.

Loutfy, M. et al. 2016. «Establishing the Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study (CHIWOS): Operationalizing Community-Based Research in a Large National Quantitative Study». *BMC Medical Research Methodology* 16(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84982242448&doi=10.1186%2fs12874-016-0190-7&partnerID=40&md5=47447ac6a6f8eb3bb4ea0c239373385e>.

MacQueen, Kathleen M. et al. 2001. «What is community? An evidence-based definition for participatory public health». *American journal of public health* 91(12): 1929–1938.

Mahmood, A. et al. 2012. «A Photovoice Documentation of the Role of Neighborhood Physical and Social Environments in Older Adults' Physical Activity in Two Metropolitan Areas in North America». *Social Science and Medicine* 74(8): 1180–92.

Mooney, L.A., e B. Edwards. 2001. «Experiential Learning in Sociology: Service Learning and Other Community-Based Learning Initiatives». *Teaching Sociology* 29(2): 181–94.

Murnighan, J. Keith, Jae Wook Kim, e A. Richard Metzger. 1993. «The volunteer dilemma». *Administrative Science Quarterly*: 515–538.

Ouellette, S.C., J.B. Cassel, H. Maslanka, e L.M. Wong. 1995. «GMHC Volunteers and the Challenges and Hopes for the Second Decade of AIDS». *AIDS Education and Prevention* 7(SUPPL.): 64–79.

Peet, Christopher. 2019. «World in Crisis». In *Practicing Transcendence: Axial Age Spiritualities for a World in Crisis*, a c. di Christopher Peet. Cham: Springer International Publishing, 33–61. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14432-6_2 (12 febbraio 2020).

Schneider, J.A. 2007. «Connections and Disconnections between Civic Engagement and Social Capital in Community-Based Nonprofits». *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 36(4): 572–97.

Secinaro, S., Corvo L., Brescia V., e Iannaci D. 2019. «Hybrid Organizations: A Systematic Review of the Current Literature». *International Business Research* 12(11): 1–21.

Seyfang, G. 2004. «Time Banks: Rewarding Community Self-Help in the Inner City?» *Community Development Journal* 39(1): 62–71.

Tan, E.J. et al. 2006. «Volunteering: A Physical Activity Intervention for Older Adults - The Experience Corps® Program in Baltimore». *Journal of Urban Health* 83(5): 954–69.

———. 2009. «The Long-Term Relationship between High-Intensity Volunteering and Physical Activity in Older African American Women». *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences* 64(2): 304–11.

Thomas, Lisa Rey, Dennis M. Donovan, Robin Little Wing Sigo, e Laura Price. 2011. «Community-based participatory research in Indian Country: Definitions, theory, rationale, examples, and principles». *American Indian and Alaska Native Children and Mental Health. Santa Barbara, California: Praeger*: 165–186.

Varma, V.R. et al. 2016. «Effect of Community Volunteering on Physical Activity: A Randomized Controlled Trial». *American Journal of Preventive Medicine* 50(1): 106–10.

Videras, J., A.L. Owen, E. Conover, e S. Wu. 2012. «The Influence of Social Relationships on Pro-Environment Behaviors». *Journal of Environmental Economics and Management* 63(1): 35–50.

Walker, R. B. J. 2019. *Culture, ideology, and world order*. Routledge.

Williams, C.C. 2003. «Developing Community Involvement: Contrasting Local and Regional Participatory Cultures in Britain and Their Implications for Policy». *Regional Studies* 37(5): 531–41.

Zupic, Ivan, e Tomaž Čater. 2015. «Bibliometric methods in management and organization». *Organizational Research Methods* 18(3): 429–472.

Network di interesse pubblico e new public governance, il ruolo del terzo settore nell'equazione di governo

Paola Orlandini

University of Bicocca, Department of Economic and Business Sciences and Economic Law, Via Bicocca degli Arcimboldi, 8, Milano (Italy), e-mail: paola.orlandini@unimib.it

Stefano Amelio

University of Bicocca, Department of Economic and Business Sciences and Economic Law, Via Bicocca degli Arcimboldi, 8, Milano (Italy), e-mail: stefano.amelio@unimib.it

Abstract

Purpose: Obiettivo del presente paper è evidenziare il ruolo degli Enti del terzo settore nel contesto dei Network di interesse pubblico. L'ente pubblico spesso, per svolgere le proprie attività, si affida a Enti appartenenti al terzo settore, con cui stipula accordi informali o che genera o controlla attraverso il finanziamento o costituzione con intervento statutario ad hoc. Si crea quindi una struttura di governance complessa che vede la partecipazione di diversi attori.

Design/methodology/approach: La metodologia utilizzata consiste in una analisi della letteratura economico aziendale, volta ad identificare le caratteristiche dell'azienda pubblica e la crescente complessità del management pubblico. Tale complessità ha portato alla nascita della New Public Governance, che va oltre la sterile dicotomia di "amministrazione contro gestione" e che consente un più completo e integrato approccio allo studio e alla pratica dell'Amministrazione Pubblica.

Findings: la New Public Governance, affrontando il tema delle relazioni tra le varie Amministrazioni Pubbliche e tra Amministrazione Pubblica e soggetti privati, favorisce forme di outsourcing e co-managing, portando allo sviluppo di una cooperazione inter-istituzionale, e alla conseguente creazione di Network di interesse pubblico. I Network di interesse pubblico, di cui fanno parte aziende pubbliche ed Enti del terzo settore, rappresentano il risultato di un percorso di cambiamento strutturale e organizzativo rivolto al perseguimento dell'interesse pubblico. Da questo nuovo sistema di relazioni emerge la necessità di sistemi di programmazione, controllo e coordinamento adeguati, diversi da quelli tradizionali.

Originality/value: il paper affronta il tema della governance degli enti locali, utilizzando l'innovativo framework della New Public Governance, intesa come evoluzione del modello burocratico e del New Public management.

Keywords: Azienda pubblica, Enti del terzo settore, Governance, Interesse pubblico, Network, New Public Governance

doi: 10.5281/zenodo.3870767

1. Introduzione

Gli studi economico-aziendali e gestionali (Ferrero 1987; Murray 1975) distinguono le realtà aziendali rispetto all'oggetto di attività svolta in aziende di produzione di beni e servizi per lo scambio sul mercato (imprese private) e aziende di erogazione o consumo (Orlandini 2016; Boyne 2002;

Ferrero, G. 1986; L. Puddu 2005b). La distinzione tra aziende di produzione di beni e aziende di servizi è necessaria come modello teorico di riferimento, ma non lo è quando vengono considerati i processi di consumo, produzione, acquisizione, stoccaggio e distribuzione poiché comuni a tutte le aziende; talvolta, la divisione tra azienda di consumo (aziende pubbliche e enti del terzo settore) e aziende di produzione (imprese private e imprese cooperative) non è così chiara (Pollifroni e Puddu 2014). Tale distinzione si riferisce al processo di accumulazione e distribuzione di capitale e alla durata e utilizzo del capitale durante le fasi di razionale amministrazione. Sia le aziende di consumo che quelle di produzione condividono determinate fonti di accumulo di capitale, come i contributi di terzi senza corrispettivo e i debiti di finanziamento; differiscono invece in termini di capitale azionario, ricavi di mercato e imposte. Principalmente, gli enti del terzo settore avviano il proprio processo di produzione mediante il contributo dei membri che, attraverso un voto vincolato, definiscono il loro impiego e la loro volontà di aderire agli scopi statutari. Eventuali profitti ed entrate vengono normalmente reinvestite a favore dello stesso ente del terzo settore, a vantaggio dei suoi membri o della comunità quali soggetti portatori di interesse pubblico. Frequentemente gli enti del terzo settore, accanto all'attività istituzionale, svolgono un'attività finalizzata ad alcuni dei suoi stakeholder proprio come un'azienda di consumo può svolgere anche un'attività rivolta al soddisfacimento della domanda di mercato (Orlandini 2016; Pollifroni e Puddu 2014; Wood e Jones 1995). La convivenza dei due aspetti dà origine a una terza categoria chiamata azienda composta o mista (Orlandini 2016; Ferrero 1986) che si avvicina alle organizzazioni pubbliche complesse che vedremo nel dettaglio in questa breve trattazione. In questo senso, tali nascenti organizzazioni imprenditoriali non hanno lo scopo di creare profitto per coloro che hanno "apportato" il capitale bensì si occupano della creazione di benefici sociali per la comunità, per soggetti quindi diversi dai meri azionisti aziendali. Storicamente, tra le aziende pubbliche (Orlandini 2005) sono individuabili tutte quelle unità che formano il settore delle Amministrazioni Pubbliche, settore strumentale alla realizzazione dei fini pubblici, che hanno come obiettivo la soddisfazione dei bisogni della collettività; esse, infatti, si caratterizzano per la produzione di beni e servizi non destinati alla vendita ma rivolti al consumo della collettività, con obiettivi di riequilibrio della redistribuzione della ricchezza (Puddu 2005a). Tali beni e servizi sono definiti universali (Airoldi, Brunetti e Coda 2005), ossia "servizi di determinata qualità, disponibili a tutti gli utenti a prescindere dalla loro ubicazione geografica e, tenuto conto delle condizioni nazionali specifiche, ad un prezzo ragionevole" (Solimene 2002). Quest'ultima affermazione specifica che, data l'assenza, da parte delle aziende pubbliche, di fini lucrativi, le tariffe dei servizi di cui gli utenti usufruiscono non sono soggette e influenzate dal mercato, bensì composte da forme di remunerazione non orientate al profitto (Macpherson 2001). Ma per svolgere le proprie attività spesso, l'ente pubblico, si affida a enti appartenenti al terzo settore, con cui stipula accordi informali o che genera o controlla attraverso il finanziamento o costituzione con intervento statutario ad hoc. Queste organizzazioni complesse possono essere definite network di interesse pubblico. Queste forme sono il percorso di un cambiamento strutturale e organizzativo volto all'interesse proprio della comunità che sarà affrontato nel corso della presente trattazione.

1.1 Classificazione delle aziende pubbliche

L'azienda pubblica viene classificata talvolta nella categoria di aziende di consumo (Orlandini 2016) e talvolta nella categoria di aziende composte "in cui convivono un nucleo erogativo ed uno produttivo" (Brusa 2013; D'Alessio 2008; Ferris e Graddy 1994; Vining e Weimer 1990). Nello specifico, analizzando *l'oggetto dell'attività*, l'azienda pubblica non è solo un'azienda di consumo, ma anche un'azienda di produzione, come nel caso delle imprese controllate da un soggetto pubblico. Infatti, il criterio chiave per classificare un'azienda pubblica è, in realtà, il criterio soggettivo, da una parte il soggetto economico e dall'altra il soggetto giuridico (Orlandini 2005; Puddu 2005a). Il criterio

economico-aziendale analizza la natura, privata o pubblica, del soggetto economico, *persona fisica*, che detiene il potere volitivo (Adriano 2015). Il criterio giuridico, invece, classifica l'azienda secondo la natura del soggetto giuridico, ovvero di colui che detiene la rappresentanza legale della stessa (La Porta, Lopez-de-Silanes e Shleifer 1999; Zeitlin 1974). Nelle aziende pubbliche i soggetti giuridici sono rappresentati, tipicamente, da Stato, enti locali e territoriali, istituzioni (Wollmann e Marcou 2010).

Tabella 1 – caratteri soggettivi delle aziende

Soggetto giuridico	Soggetto economico	
	<i>Privato</i>	<i>Pubblico</i>
<i>Privato</i>	Azienda Privata	Azienda pubblica
<i>Pubblico</i>	-	Azienda pubblica

Fonte: Rielaborazione da (Puddu 2005a; Wollmann 2014)

Viene a delinearci, quindi, un modello teorico dei diversi tipi di azienda (Tabella 1):

- Se il soggetto economico e giuridico è privato, significa, rispettivamente, che chi ha in mano l'azienda è un soggetto di diritto privato; l'azienda si classifica come azienda privata (es. Ferrero S.p.A.);
- Qualora il soggetto, da entrambe le parti, fosse pubblico, si parlerebbe di azienda pubblica (es. Azienda di trasporto pubblico locale);
- Se il soggetto economico è pubblico, ma quello giuridico è privato, come nel caso delle partecipate pubbliche (es. società Eni S.p.A.), siamo di fronte, nuovamente, a un'azienda pubblica.

Il carattere soggettivo, quindi, vede le aziende configurarsi come “Aziende pubbliche vs Aziende private”, mentre il carattere oggettivo divide le stesse in “Aziende di consumo vs Aziende di produzione (o imprese)” (Tabella 2).

Tabella 2 – Configurazioni teoriche “oggettivo-soggettive” d'azienda

		Carattere soggettivo		
		<i>Aziende pubbliche</i>		<i>Aziende Private</i>
Carattere oggettivo	<i>Aziende di consumo</i>	Aziende degli enti pubblici istituzioni	Aziende “no-profit” pubbliche	Aziende “no-profit” private
	<i>Imprese</i>	Imprese pubbliche		Imprese private

Fonte: Rielaborazione da (Puddu 2005a; Wollmann 2014)

Combinando il carattere soggettivo e oggettivo dell'azienda con le conseguenti rispettive macro-tipologie, si evince che le aziende pubbliche si dividono da una parte in aziende degli enti pubblici istituzioni e aziende no profit pubbliche, dall'altra in imprese pubbliche (Puddu 2005a). Le tipologie di aziende pubbliche divise per criteri possono quindi essere suddivise in:

- *Aziende degli enti pubblici istituzioni*: ASL, Aziende per il trasporto, Aziende per la raccolta e il trattamento dell'acqua, Azienda per la raccolta rifiuti, Scuole (Statistiche Istat 2019);

- *Aziende no-profit pubbliche*: istituti di ricerca, Camere di commercio, ordini e collegi professionali, consorzi di diritto pubblico, enti parco, enti museali e sinfonici, istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Statistiche Istat 2019);
- *Imprese pubbliche*: Aziende partecipate pubbliche.

1.2 L'azienda come sistema e le sue relazioni con l'ambiente

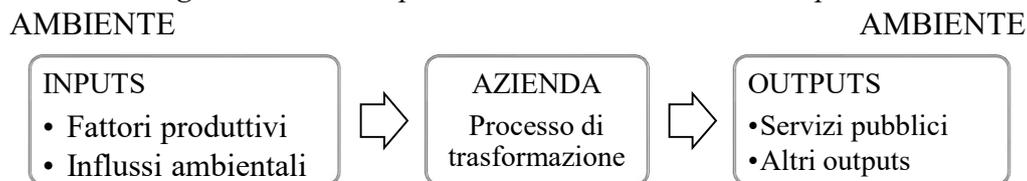
Ogni azienda, di natura privata o pubblica, viene considerata come un sistema (Amaduzzi 1967), costituito da “vari elementi legati da relazioni di interdipendenza”(Brusa 2013). Gli elementi che formano il sistema-azienda sono costituiti dalle persone, dai mezzi tecnici, dalle funzioni, dai processi, dai meccanismi operativi, dalle procedure etc., che funzionano se si intrecciano e collaborano verso la creazione e il mantenimento di una configurazione che sia durevole per l'azienda stessa (Zappa 1937).

Nello specifico, l'azienda pubblica è un sistema (Puddu 2005a):

- **Aperto**, in costante contatto con l'ambiente, per acquisire le risorse necessarie per realizzare i prodotti/servizi necessari al soddisfacimento del bisogno delle persone;
- **Economico**, poiché deve operare in condizioni di efficienza e di risorse limitate per soddisfare le esigenze sociali;
- **Dinamico**, in costante evoluzione per potersi adattare al cambiamento dei bisogni delle persone, ai processi di trasformazione alle nuove tecnologie, alle risorse disponibili.

L'azienda pubblica viene definita, inoltre, come *sistema sociale aperto* (Figura 1), ossia un'entità composita, articolata in un insieme di parti che interagiscono tra loro, che, attraverso l'assunzione di input derivanti dall'ambiente esterno, immette output di nuovo nell'ambiente, passando attraverso un processo di trasformazione (Pollifroni e Puddu 2014). Ogni qualvolta l'Azienda interagisce con l'ambiente e ne viene influenzata crea effetti reattivi, influenzando essa stessa l'ambiente (Masini 1988; Giannessi 1961; Anselmi 1993). Gli input dell'ambiente sono costituiti dai fattori produttivi e dagli influssi ambientali; gli outputs riguardano principalmente i servizi pubblici da erogare alle collettività.

Figura 1 - Azienda pubblica come sistema sociale aperto

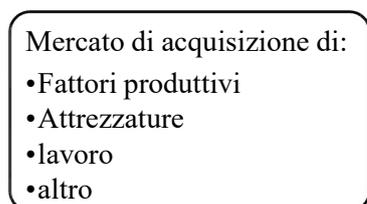


Fonte: Rielaborazione da (Pollifroni Puddu 2014)

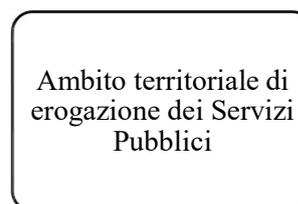
L'ambiente degli inputs fa riferimento al Mercato di acquisizione (fattori produttivi, lavoro, attrezzature etc.) (Figura 2); esso si trova, quindi, a monte dell'operazione di scambio. L'ambiente degli outputs, quindi a valle dello scambio, è l'ambito territoriale di erogazione dei Servizi Pubblici. Il mercato di acquisizione, in cambio di denaro, offre beni e servizi all'azienda pubblica; l'azienda pubblica trasforma gli inputs in outputs (Figura 2), offrendo servizi pubblici universali nell'ambiente di riferimento, a fronte di un incasso di prezzi agevolati o tributi (Ishizawa 1991; Smith e Mayston 1987)

Figura 2 - Relazione Azienda pubblica con l'Ambiente

AMBIENTE INPUTS



AMBIENTE OUTPUTS



Fonte: Rielaborazione da (Ishizawa 1991; Pollifroni e Puddu 2014; Smith e Mayston 1987)

1.3 Le fonti di finanziamento pubbliche

Gli aspetti di differenziazione delle aziende, oltre a quelli già citati nei paragrafi precedenti, riguardano le modalità in cui avviene il processo di accumulazione/distribuzione di capitale. Mentre il processo di *impiego di capitale* non vede grosse differenze tra la tipologia di azienda pubblica e quella privata, se non il momento di rimborso del capitale sociale, o fondo di dotazione se si tratta di imprese cooperative (che nelle aziende pubbliche non esiste), le forme tecniche di finanziamento alle quali ricorrono le Imprese e le Aziende pubbliche, sono variegata (Puddu 2005b) (Tabella 3).

Tabella 3 – Processi di accumulazione del capitale

Tipologie di aziende Fonti	Aziende di Consumo		Aziende di Produzione	
	Aziende Pubbliche	Aziende no-profit	Imprese	Imprese cooperative
Capitale sociale/fondo di dotazione	NO	SI (*)	SI (***)	SI
Ricavi di mercato	NO	NO (**)	SI	SI
Tributi da potere impositivo	SI	NO	NO	NO
Contributi da terzi senza corrispettivo	SI	SI	SI	SI
Disinvestimenti patrimoniali	SI	SI	SI	SI
Debiti	SI	SI	SI	SI

(*) Fondo di dotazione da utilizzare per gli scopi dell'ente

(**) Con eccezione per le imprese soci

(***) Capitale sociale da mantenere integro attraverso l'accumulazione del reddito

Fonte: elaborazione da (Puddu 2005a)

Focalizzando l'attenzione sulle Imprese, le fonti di finanziamento a cui esse naturalmente attingono sono relative alla gestione stessa dell'impresa, ossia i ricavi di vendita, nel momento in cui vengono realmente incassati; inoltre le Imprese ricorrono al capitale proprio e al capitale di terzi. I debiti, sorti dal reperimento delle risorse da terzi, possono essere sia di *funzionamento*, debiti in cui viene concessa una semplice dilazione di pagamento, che di *finanziamento*, aventi per oggetto, l'ottenimento di una somma di denaro, come il mutuo (Airoldi, Brunetti e Coda 2005). Oltre al capitale proprio e ai finanziamenti le Imprese recepiscono denaro dai disinvestimenti, ossia dalla dismissione di asset patrimoniali, e da contributi da terzi senza corrispettivo, banalmente definiti "beneficenza" (Puddu Luigi et al. 2014).

Le Fonti di finanziamento delle *Aziende pubbliche*, al contrario delle Imprese, non vedono come fonte principale i ricavi di vendita, né il capitale proprio tipico conferito dagli azionisti.

Esse vengono distinte, tradizionalmente, in due categorie (Puddu 2005a; Puddu et al. 2018):

1. Fonti di finanziamento proprie
2. Fonti di finanziamento derivate

Le **fonti di finanziamento proprie** sono le risorse da cui l'azienda può attingere, svolgendo la propria attività amministrativo-istituzionale. Esse sono rappresentate da:

- *Tributi*, derivanti dal riconoscimento del potere impositivo di alcuni enti territoriali e sono costituiti, ad esempio, dall'IMU, dall'addizionale regionale IRPEF, dall'IRAP etc.;
- *Tasse e contributi diretti*; corrispettivo richiesto a fronte dell'erogazione di un servizio pubblico divisibile, come i ticket sanitari, le tasse scolastiche etc. I contributi, invece, "rappresentano un'esazione coattiva per un servizio reso nell'interesse collettivo senza che l'utente ne abbia fatta esplicita richiesta" (Lezioni di economia aziendale 2013), come il contributo al Servizio sanitario nazionale, incluso nei premi di assicurazione delle auto;
- *Proventi diversi*, costituiti da entrate derivanti da servizi erogati, da beni patrimoniali, come gli affitti attivi, dividendi delle società partecipate;
- *Attività di disinvestimento* (come per le Imprese).

Le **fonti di finanziamento derivate** sono le risorse da cui l'azienda può attingere ricorrendo a vie esterne, rispetto all'attività amministrativo-istituzionale, costituite da *fonti trasferimento*, rappresentate dalle somme erogate da altre amministrazioni pubbliche, senza vincoli di restituzione e *fonti indebitamento*, ossia la corresponsione, a fronte di vincoli di restituzione e interessi, di somme, derivanti dal sistema bancario o altri soggetti.

2. Metodologia

Al fine di definire brevemente il percorso che ha portato alla definizione di un modello che tiene in considerazione gli Enti del Terzo Settore nel bacino definibile come network di pubblico interesse è stata condotta un'analisi della letteratura. In particolare, dopo aver individuato nei paragrafi precedenti le caratteristiche dell'azienda pubblica, è stata evidenziata la crescente complessità del management pubblico, i nuovi attori coinvolti nello stesso e la nascita del New Public Governance, come evoluzione del modello burocratico e del New Public management.

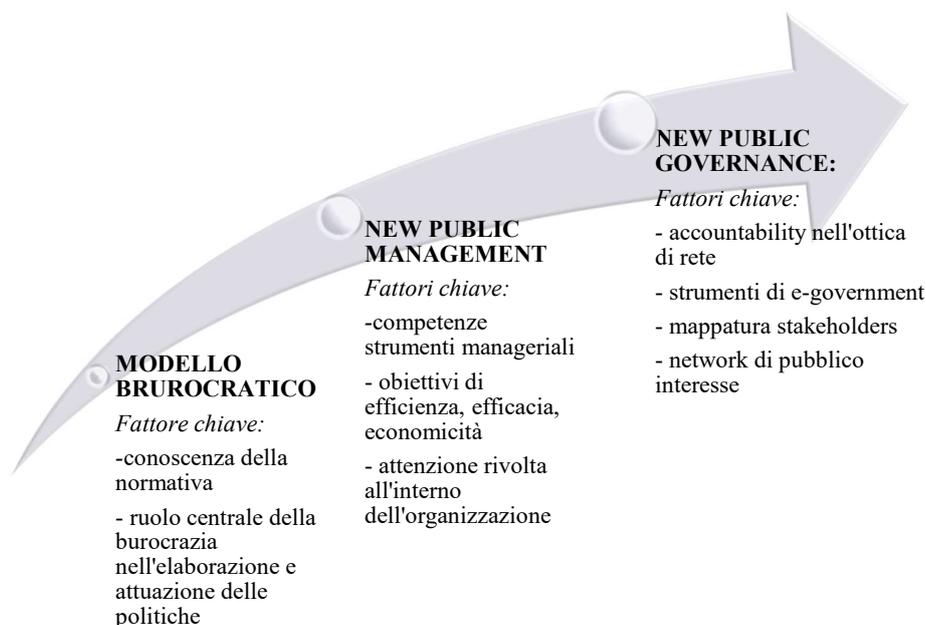
3. Risultati dell'analisi

Negli anni '80 del secolo scorso, l'affermarsi di un nuovo approccio, il New Public management (NPM), porta a nuove forme di gestione come la privatizzazione, l'esternalizzazione, la misurazione sistematica delle performance e il benchmarking e queste forme hanno gradualmente soppiantato e trasformato il modello tradizionale della Pubblica Amministrazione (Brescia 2019). Queste pratiche non si sono sviluppate sulla base di un pacchetto di riforme del modello, ma "sotto forma di una serie di diverse programmi di riforma e tecniche di governo specifiche" (Torfing & Triantafyllou 2013). Alcune debolezze intrinseche, tuttavia, hanno portato il NPM verso il declino. L'efficienza, l'efficacia e la capacità di risposta ai cittadini non sono risultati sufficienti; "valori quali equità, protezione dei diritti e trasparenza giocano un ruolo importante per determinare la legittimità delle istituzioni politiche, dei processi e dei risultati" (Bao, Wang, Larsen, & Morgan 2013). Il NPM, inoltre, è stato percepito come limitato nella sua concreta capacità di contribuire alla gestione e alla governance dei servizi pubblici, in un mondo sempre più "plurale e pluralista" (Rhodes 1996). Esso può aver apportato una serie di benefici in termini di maggiore enfasi sulla direzione degli obiettivi e sui risultati, ma le prove che dimostrano i numerosi effetti negativi nell'introduzione di dinamiche di

mercato nel settore pubblico sono notevoli (Torfing & Triantafillou 2013). Sono emerse pertanto nuove esigenze dovute anche alla necessità di rivolgere gli strumenti manageriali all'ambiente di riferimento, alle relazioni con gli attori esterni, e non solo all'interno dell'organizzazione dell'azienda pubblica (Sancino 2010). Da questo contesto si sviluppa un nuovo approccio, denominato New Public Governance, che va oltre la sterile dicotomia di "amministrazione contro gestione" e che consente un più completo e integrato approccio allo studio e alla pratica dell'Amministrazione Pubblica (Osborne 2006). Il NPM viene visto come un modello transitorio tra quella che è la tradizione statica e burocratica delle Pubbliche Amministrazioni e quella embrionale della New Public Governance (NPG). La NPM si focalizza su un approccio prevalentemente manageriale e interno all'azienda, i rapporti sono gerarchici e verticali, il focus principale riguarda il raggiungimento di efficienza ed efficacia nell'acquisizione di input e nell'erogazione di output; la NPG, invece, si spinge verso più fronti: affronta il tema dell'organizzazione, del network, delle relazioni con i vari attori, non solo all'interno dell'Ente, ma tra le varie Amministrazioni Pubbliche e tra Amministrazione Pubblica e soggetti privati. Essa guarda al risultato complessivo del network pubblico; questo favorisce forme di outsourcing, co-managing, portando allo sviluppo di una cooperazione inter-istituzionale, nella forma di relazioni orizzontali e collaborazioni strutturate, superando così la dicotomia "pubblico-privato". La NPG, quindi, ha il potenziale di attingere a una teoria gestionale che studia anche l'organizzazione relazionale, non solo l'output e l'obiettivo intra-organizzativo difeso dal NPM. Il suo focus è sulle relazioni inter-organizzative durature, in cui il capitale relazionale e i contratti relazionali fungono da meccanismi di governance di base (Osborne 2006).

Il nuovo approccio implica cambiamenti non solo nella gestione e nell'organizzazione pubblica, ma anche nel funzionamento stesso dello stato: esso considera sia uno stato plurale, in cui più attori interdipendenti contribuiscono all'erogazione del servizio pubblico, sia uno stato pluralista, in cui più processi decisionali attraversano i livelli politico-amministrativi. La formulazione delle politiche e l'erogazione del servizio pubblico devono essere migliorate, non aumentando la concorrenza o le alternative nella scelta, ma attraverso una maggiore cooperazione e partecipazione attiva delle parti interessate, che sono progettate per integrare le loro conoscenze, idee e risorse (Torfing e Triantafillou 2013a).

Questo movimento enfatizza alcune caratteristiche del settore pubblico ignorate dal NPM, ma essenziali per creare un ambiente di fiducia e legittimità delle istituzioni pubbliche, nei confronti dei cittadini. L'obiettivo deve riguardare il bene comune, non solo l'efficienza, l'efficacia o la reattività nell'implementazione di un dato programma; inoltre, sottolinea l'importanza della creazione di processi governativi che facilitano la generazione di accordi tra stakeholder, coinvolgendo il pubblico, il mercato privato e i settori no-profit, in cui il ruolo del governo non è semplicemente quello di regolamentare e distribuire i servizi pubblici, ma di fungere da catalizzatore per investire stakeholder privati e no profit nella proprietà condivisa del bene pubblico (Bao et al. 2013). Ecco quindi che nel corso degli anni vanno a configurarsi nuovi approcci di management pubblico (Figura 3).



Fonte: elaborazione da (Sancino 2010)

La NPG riunisce attori pubblici e privati in un dialogo continuo per mobilitare risorse private, energia e idee nella co-produzione e migliorare il contributo e la legittimità dell'output. In fondo a questa nuova tendenza partecipativa abbiamo la nozione di cittadinanza attiva, che enfatizza il concorso dei diritti e degli obblighi dei cittadini, soppiantando la tradizionale concezione passiva del cittadino, individuo portatore di diritti legali.

L'operato del management viene sempre di più valutato, più che sulla performance, sulla capacità di soddisfare gli stakeholder, sul livello di accountability realizzato, sul rispetto delle carte dei servizi, sull'etica e sul livello della qualità della vita.

Il modello innovativo della New Public Governance è caratterizzato da 3 fattori principali (Sancino 2010):

1. Stakeholder mapping
2. Accountability
3. Network di pubblico interesse

Di seguito verranno presentati alcuni aspetti relativi alla gestione del terzo settore all'interno del gruppo pubblico, indirizzando poi il focus sullo sviluppo della rete e delle nuove leve di controllo e responsabilità nella governance dell'Ente locale.

3.1 Nuovi attori della partecipazione pubblica

Il governo della Pubblica Amministrazione non avviene esclusivamente tramite il lavoro degli assessorati e della struttura organizzativa dei Comuni, ma anche attraverso altre organizzazioni, come gli enti strumentali, le associazioni, le società partecipate etc. All'interno della rete di organizzazioni, strutture, valori, norme e modelli comportamentali, tutti svolgono un ruolo (Kickert 1997).

L'impostazione di un buon modello di governance locale deve basarsi innanzitutto sull'individuazione precisa di tali soggetti e della loro sfera di competenza. Gli attori che si muovono all'interno del settore sono portatori anche di interessi diversi.

E' utile, quindi, suddividere tali attori in funzione del grado di dipendenza dell'Ente locale (Torfing 2019):

1. Attori sovra-ordinati ai comuni, costituiti da Enti pubblici territoriali che operano su una comunità più ampia rispetto a quella dei comuni, come le Regioni, lo Stato o la Comunità Europea;

2. Attori indipendenti dai comuni, che risentono solo in via mediata dell'influenza delle autorità comunali. Si fa riferimento ai gruppi finanziari, alle piccole associazioni di volontariato, alle Università, Aziende Sanitarie, Camere di Commercio, Organizzazioni Sindacali, Ordini Professionali, aziende del settore no-profit, associazioni di quartiere etc.;
3. Attori controllabili direttamente o indirettamente dai comuni, delegati dall'Ente all'esercizio di alcune funzioni pubbliche, necessarie al soddisfacimento dei bisogni della società.

Nell'articolata governance degli enti locali possiamo individuare tre settori a cui corrispondono strumenti, procedure e logiche di funzionamento diversi (Fred 2019): a) la governance interna, ossia l'insieme degli strumenti e metodologie contabili ed organizzative per la gestione della struttura amministrativa, ossia tutti gli elementi che garantiscono lo svolgimento del processo di pianificazione programmazione e controllo della gestione aziendale; b) la governance esterna, cioè l'insieme di strumenti che permettono di ottimizzare lo svolgimento dei servizi pubblici già esternalizzati e valutare l'opportunità di outsourcing di nuove funzioni degli enti locali e regolamentarne i rapporti; c) la governance inter-istituzionale, ossia tutte le procedure e gli strumenti che consentono l'integrazione operativa e strategica di soggetti istituzionali che operano sulla stessa comunità (Ministeri, Regioni, Comuni, Agenzie sul territorio dei ministeri etc.) (D'Aries 2007).

La capacità dell'Ente locale di pianificare e controllare strategicamente rispetto ai tre livelli è essenziale per contribuire a una buona governance pubblica.

I modelli di Governance che l'Ente locale può adottare per svolgere le funzioni di indirizzo e controllo dei servizi esternalizzati sono riconducibili sostanzialmente a tre (Di Russo 2011):

1. Modello tradizionale. Esso richiama ruoli, compiti e funzioni relative a strutture già esistenti e competenti nelle diverse aree di attività in cui opera ogni azienda controllata. Si tratta di settori/unità organizzative interne all'Ente, riqualficate, all'interno delle quali veniva gestito il servizio prima della sua esternalizzazione. Questo modello appare opportuno qualora l'ente decida di lasciare massima autonomia alle aziende rispetto agli organi politici, anche se, in realtà, comporta in genere difficoltà di coordinamento a causa dell'interposizione di ulteriori livelli decisionali tra la direzione politico-strategica dell'ente e quella delle aziende del gruppo. Il principale ostacolo, infatti, deriva dalla mancanza di informazioni: l'unità controllo di gestione ha difficoltà a ricavare dati utili e significativi per l'esercizio della propria funzione; li ricava ricorrendo alle diverse unità operative competenti oppure alle stesse società partecipate.

Il modello tradizionale conserva in capo all'Ente le funzioni di controllo formale dei documenti di bilancio e determina una divisione tra controllo politico-istituzionale e controllo formale/operativo. Questo aumenta il rischio di pregiudicare l'unitarietà di visione su aspetti contrattuali e istituzionali e di creare cortocircuiti nei flussi informativi.

Generalmente l'unità interna alla direzione finanziaria cura gli aspetti di natura propriamente contabili legati agli atti specificamente riferiti alle società partecipate, oppure gli aspetti legati alla funzione di proprietà. Le competenze decisionali, invece, fanno capo all'assessore competente (Di Russo 2011).

2. Modello dipartimentale/specialistico. In questo caso viene costituita all'interno dell'ente locale una unità organizzativa, unità di controllo partecipazioni, preposta a mantenere contatti stabili con le aziende che gestiscono i servizi esternalizzati, con il vantaggio di porsi come principale referente tecnico rispetto ai flussi informativi tra Ente e società. Si pone l'alternativa di collocare l'unità di controllo delle partecipate come autonoma unità in staff alla Direzione generale o come unità organizzativa in seno alla funzione generale di Controllo: dipende dalle dimensioni dell'ente e dall'impostazione che si vuole attribuire al sistema di governance.
3. Modello Holding. La gestione delle partecipazioni, delle relazioni istituzionali e di indirizzo viene affidata ad una società esterna, di cui l'ente è azionista unico. Si tratta di una azienda Holding di

natura finanziaria che partecipa e governa tutte le aziende del gruppo. Quest'ultimo modello ha il vantaggio di portare elevata specializzazione nella gestione dei rapporti societari, istituzionali e delle funzioni di controllo dell'Ente, che, assicurando il coordinamento e il governo con questa unica azienda, persegue il coordinamento dell'intero gruppo pubblico. All'ente resta la gestione delle relazioni contrattuali e di regolazione del servizio. Esso viene adottato soprattutto quando si forma una direzione del gruppo locale accentrata e favorevole alla creazione di sinergie, di economie di scala e di comunicazione. Il modello è però difficilmente praticabile, a meno che i soggetti gestori di servizi pubblici siano partecipati da numerosi Comuni, appartenenti ad un'area vasta, con piccole quote di partecipazione (ecco perché spesso il modello viene adottato da Enti di maggiori dimensioni, mentre gli Enti di minori dimensioni optano per il modello tradizionale). Tale soluzione, però, può comportare un aumento dei costi burocratici (compensi CDA, assetto amministrativo, contabile e finanziario etc.) e richiede un'attenta valutazione sulla sostenibilità finanziaria e patrimoniale del progetto (Di Russo 2010).

L'analisi dei fabbisogni informativi e di accountability, hanno portato alla individuazione di almeno due macro livelli di governo e controllo: uno istituzionale, politico e di indirizzo, legato alla funzione di socio azionista; l'altro contrattuale operativo e di controllo, derivante dalla funzione di committenza (D'Aries 2007). Il primo livello di governo è solitamente risolto attraverso l'approvazione dello statuto delle società e la nomina degli amministratori e dei propri rappresentanti negli organi di governo. Il secondo livello è demandato alle strutture operative dell'ente, responsabili della funzione di controllo e verifica delle condizioni contrattuali. Il più delle volte tra questi due livelli si inserisce un'area grigia di relazioni informali (tra sindaco, assessori e vertici societari) poiché manca una funzione di carattere e di sviluppo manageriale finalizzata alla programmazione e gestione del rapporto con le partecipate, che dia visibilità della presenza della proprietà lungo le linee definite dalla propria mission. Questa funzione solitamente è svolta all'interno della società dal C.d.A e dai consiglieri di nomina pubblica. Per questi ultimi, infatti, si pone un problema di conciliabilità di interessi pubblici e privati. Alcuni autori (Persiani 2003) hanno inteso colmare questo vuoto con l'inserimento di un comitato di tecnici, aventi il compito di svolgere la cosiddetta funzione manageriale, intesa come attuazione delle direttive politiche e coordinamento delle attività delle varie organizzazioni dell'ente, al fine di offrire agli amministratori stessi un quadro di riferimento definito. Poiché le amministrazioni pubbliche possono partecipare solamente a società costituite in forma di S.p.A o S.r.l, anche consortili, o in forma cooperativa è necessario fare attenzione anche ai processi di governance e ai soggetti a cui questo viene affidato direttamente o indirettamente (Campra, Secinaro, e Brescia 2019).

Le amministrazioni pubbliche non possono direttamente o indirettamente costituire, acquisire o mantenere partecipazioni, anche di minoranza, in società aventi per oggetto attività di produzione di beni e servizi non strettamente necessarie per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali (D.lgs. n. 175 del 2016 (società pubbliche) 2016).

Nel Gruppo "Amministrazione Pubblica" rientrano Organismi strumentali, Enti strumentali controllati e partecipati, Società ed altri enti controllati e partecipati (Serlenga 2020).

- Gli Organismi strumentali sono delle articolazioni organizzative della holding già comprese nel rendiconto consolidato della capogruppo. Vi rientrano gli organismi che, sebbene dotati di autonomia contabile, sono privi di autonomia giuridica (come Il Consiglio Regionale del Piemonte);
- Gli enti strumentali controllati, sia pubblici che privati, sono detenuti dalla capogruppo mediante il possesso di partecipazioni di controllo, ossia, la capogruppo esercita o possiede la maggioranza dei diritti di voto nelle assemblee degli organi decisionali. In questi termini si parla di controllo

di diritto. Se la capogruppo ha il potere di nominare o rimuovere la maggioranza e i componenti degli organi decisionali, si parla di controllo di fatto;

- Gli enti controllati, sia pubblici che privati, nei cui confronti la capogruppo esercita influenza dominante in virtù di clausole statutarie o vincoli contrattuali. L'influenza dominante si manifesta attraverso clausole che incidono significativamente sulla gestione dell'ente controllato (l'attività è prevalente se l'ente controllato ha conseguito nell'anno precedente ricavi e proventi riconducibili alla holding superiori all'80% dei ricavi complessivi. In questo caso si parla di controllo contrattuale);
- Gli enti strumentali, sia pubblici che privati, sono controllati se la capogruppo ha l'obbligo di ripianare i disavanzi nei casi consentiti dalla legge, per percentuali superiori alla quota di partecipazione (condizione di obbligo/beneficio); mentre sono solamente partecipati se la capogruppo non ha i requisiti per il controllo;
- Le società partecipate, di diritto privato, nei cui confronti la capogruppo ha una partecipazione ma non ha i requisiti del controllo, limitatamente alle società a totale partecipazione pubblica o affidatarie dirette di servizi pubblici, indipendentemente dalla quota di partecipazione.

Risulta pertanto evidente come l'introduzione dei nuovi attori porti a una visione complessa della realtà in cui la partecipazione del cittadino deve fare i conti con nuove esigenze di insieme spesso legate a una visione di governance che, articolata in più livelli, viene compromessa da una progressiva mancanza di reale controllo sulle scelte o che in un'ottica di mercato viene demandata a ciascun soggetto secondario nella ricerca di una maggiore efficienza ed efficacia di risultato (Dempsey, Burton, e Selin 2020; Karré 2020; Thomasson 2019; Walsh 1989).

4 Conclusioni e nuove definizioni

Nella governance pubblica, l'interazione con l'ambiente sociopolitico gioca un ruolo importante. L'approccio della New Public Governance contribuisce all'evoluzione del processo di aziendalizzazione, verso la creazione di un network di attori specializzati e interdipendenti. Viene, quindi, avviata una fase di redistribuzione delle competenze pubbliche tra i vari livelli di governo, con un maggior decentramento a favore degli enti locali, cercando di costituire una rete tra tutti gli istituti comprese le organizzazioni del terzo settore, indirizzandole verso una visione comune e condivisa di interesse pubblico. La gestione del network viene realizzata principalmente mediante attività di outsourcing e gestione delle partecipate a controllo pubblico. Il fenomeno dell'esternalizzazione viene introdotto con l'art. 29 della L. 448/2001¹: gli enti locali hanno la possibilità di esternalizzare i servizi, attraverso la costituzione di società di capitali pubbliche o la costituzione di enti del terzo settore. Con questo meccanismo l'ente locale provvede a definire un quadro di regole chiare, lasciando a enti di diritto privato la gestione dei servizi specifici e garantendo trasparenza e tutela verso gli utenti. Il fenomeno di outsourcing implica una modifica nelle logiche e nelle relazioni di tipo organizzativo (D'Aries 2007): si passa da una struttura prevalentemente verticale e gerarchica ad una cosiddetta rete, in cui gli attori sono in stretta relazione e cooperazione e le azioni coordinate.

In questo ambito sorge la necessità, per l'ente, di individuare nuovi *strumenti di controllo*, con l'obiettivo di guidare l'ente al perseguimento dei fini istituzionali, garantendo una gestione efficiente, economica dei servizi pubblici, senza tralasciare la qualità che il cittadino deve percepire (Padovani 2005). Il processo di monitoraggio riguarda sia l'assetto generale del Gruppo, sia gli assetti giuridici, ossia le regole societarie, da adeguare alle esigenze e all'ottica del Gruppo.

¹ Legge 28 dicembre 2001, n. 448. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Finanziaria 2002) (G.U. n. 301 del 29 dicembre 2001, s.o. 285)

La diffusione di numerosi organismi con propria personalità giuridica modifica non solo l'organizzazione, ma anche la *governance* nel processo delega nell'erogazione del servizio specifico e nell'attivazione di linee di coordinamento, indirizzo e controllo, fino al raggiungimento di obiettivi simultanei di efficienza, efficacia ed economicità del Gruppo (Campra, Secinaro, e Brescia 2019), resi possibili grazie alla specializzazione dell'attività delle partecipate.

Le reti organizzative sono basate su interdipendenza, collaborazione e fiducia e si concentrano sul miglioramento dei processi partecipativi e dei risultati nell'elaborazione delle politiche pubbliche e dei servizi pubblici alla luce delle crescenti aspettative e richieste e della crescente complessità e frammentazione (Torfing e Triantafillou 2013b).

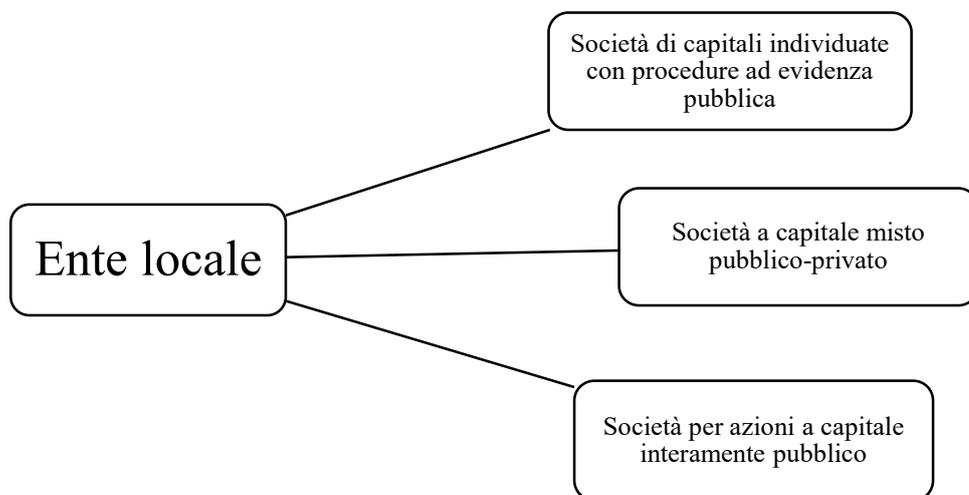
Nello specifico, esistono varie forme di gestione del network pubblico, a cui corrispondono diverse leve di controllo.

Innanzitutto l'ente locale può adottare il modello tradizionale, il quale prevede la gestione diretta del servizio in capo all'ente stesso, ossia l'ordinaria erogazione del servizio all'esterno, con proprio personale (Bonura 2017). Esso viene usato soprattutto qualora l'attività sia priva di rilevanza economica, in termini di caratteristiche del servizio e soluzione organizzativa che l'ente sceglie di darsi.

In tema di affidamento dei servizi, invece, il riferimento è relativo alla disciplina europea, in ambito di appalti e concessioni, recepita nel nuovo Codice dei Contratti pubblici e ripresa nel TU sulle società partecipate (Massari 2016).

In particolare, le modalità di affidamento dei servizi pubblici sono le seguenti.

Figura 1 – Le 3 possibili forme di gestione dei servizi pubblici locali



Fonte: Elaborazione propria

Il primo modello consiste nell'*affidamento diretto* del servizio all'esterno, esclusivamente mediante gara ad evidenza pubblica.

Il modello di gestione associata pubblico-privato è dato dalle cosiddette società miste. Attraverso questo modello l'ente diventa parte integrante della società, diventando finanziatore interno. Questo è lo strumento che meglio consente il raggiungimento delle finalità pubblica, attraverso l'utilizzo dell'efficienza gestionale tipica del settore privato. In questo caso il socio privato viene scelto mediante l'espletamento di gare con procedure ad evidenza pubblica (Cui et al. 2018).

La facoltà di costituire società a capitale interamente pubblico diventa l'unico utilizzabile dagli enti locali per la gestione dei servizi privi di rilevanza economica, per le modeste dimensioni o per le caratteristiche del servizio. Questo modello consente agli enti locali l'affidamento in house dei servizi, ossia l'affidamento diretto, ossia senza gara. In questo caso l'ente detiene la partecipazione

per intero e il controllo sostanziale della società. L'Ente, quindi, ha le stesse leve di controllo applicate al proprio interno. A fronte di questa maggiore capacità di controllo l'Ente è assicurato dall'erogare il servizio nelle condizioni qualitative programmate (Klijn e Koppenjan 2016). Il modello della società a capitale interamente pubblico viene utilizzato soprattutto qualora sia separata dall'attività di erogazione dei servizi, per la gestione delle reti, per l'affidamento o per conferimento in proprietà delle stesse reti, impianti o altre dotazioni patrimoniali, a condizione che gli enti pubblici totalitari del capitale sociale esercitino sulla società un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi e che la società realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente; per la gestione dei servizi pubblici a rilevanza economica e anche privi di essa (Ordinamento istituzionale - Servizi e interventi pubblici locali 2019).

Sebbene esistano varie forme di gestione e di controllo, resta in ogni caso in capo all'Ente locale il ruolo di responsabile e garante ultimo verso il cittadino sulla qualità del servizio, ruolo sempre più complesso via via che la governance si spinge verso forme di outourcing, nonché la funzione di regolazione e controllo nella definizione di tariffe, dei livelli qualitativi e quantitativi del servizio; al gestore del servizio, invece, resta la responsabilità delle scelte produttive e gestionali. Il rapporto di erogazione del servizio è tra il cittadino e la società che eroga il servizio stesso, tuttavia, a prescindere dall'assetto proprietario, è l'Ente che continua ad avere la responsabilità verso il cittadino e di garante della tutela del bisogno pubblico in termini di quantità e qualità dei servizi offerti. In questo caso il cittadino, tramite la cessione di risorse, richiede l'erogazione di servizi efficienti. I principali strumenti di controllo riguardano i contenuti dei contratti di servizio, il bilancio sociale, la carta dei servizi e gli strumenti di customer satisfaction (Rowley 1998).

Diverso è il caso in cui il servizio venga privatizzato, situazione in cui l'Ente rinuncia alla titolarità del servizio stesso e a qualsiasi forma di responsabilità, cui provvederà il mercato.

Con l'approccio della New Public Governance viene a delinearsi, quindi, un nuovo ruolo dell'Ente, più orientato a coordinare e gestire la rete in maniera strategica, compito tanto più complesso e strategico se si pensa che l'azione della pubblica amministrazione deve essere rivolta all'individuazione di modelli di governance indirizzati alla migliore combinazione tra livello quanti/qualitativo dei servizi erogati dalle aziende, sostenibilità sociale delle tariffe applicate e redditività delle aziende partecipate (W. J. Kickert, Klijn, e Koppenjan 1997). La NPG cerca di migliorare la negoziazione tra le autorità pubbliche a più livelli e favorire l'interazione tra gli stakeholder pubblici e privati attraverso la formazione di reti, partnership e contratti relazionali. Tra i soggetti privati di interesse pubblico rientrano anche le organizzazioni del terzo settore. L'obiettivo immediato di tale collaborazione trasversale è lo scambio e la condivisione di idee e risorse pubbliche e private, attraverso interazioni negoziate al fine di migliorare una governance efficace e democratica, facilitare l'apprendimento reciproco e creare sinergie per soluzioni nuove e innovative (Torfing e Triantafillou 2013b).

Da questo sistema di relazioni emerge la necessità di sistemi di programmazione, controllo e coordinamento adeguati, diversi da quelli tradizionali.

Le fonti di informazioni di rendicontazione devono tenere conto degli "indirizzi strategici posti dall'organo politico, il rispetto delle norme in materia di diritto societario e il rispetto di vincoli contrattuali" (D'Aries 2007).

Per rispondere a questa necessità ed esercitare la funzione di indirizzo strategico, oltre agli strumenti di definizione di standard minimi qualitativi e tariffe, i maggiori strumenti e leve di controllo riguardano le modalità di gestione, gli statuti e norme relative, gli assetti istituzionali, le nomine dei propri rappresentanti, l'approvazione di atti di indirizzo e piani strategici, la gestione delle gare di affidamento (Biancone, Secinaro, e Brescia 2016; Brinkerhoff e Crosby 2002; Guerrini et al. 2017).

Bibliografia:

- Adriano, E. A. Q. (2015). The natural person, legal entity or juridical person and juridical personality. *Penn St. JL & Int'l Aff.*, 4, 363.
- Airoldi, G., Brunetti, G., & Coda, V. (2005). *Corso di economia aziendale. Il mulino.*
- Amaduzzi, A. (1967). *L'azienda: nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni.* Unione Tipografico-Editrice Torinese.
- Anselmi, L. (1993). *Economicità e socialità nell'azienda pubblica.* In *Scritti in onore di Carlo Masini*, Egea, Milano.
- Bao, G., Wang, X., Larsen, G. L., & Morgan, D. F. (2013). Beyond new public governance: A value-based global framework for performance management, governance, and leadership. *Administration & Society*, 45(4), 443-467.
- Biancone, P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2016). Popular Report and Consolidated Financial Statements in Public Utilities. Different Tools to Inform the Citizens, a Long Journey of the Transparency. *International Journal of Business and Social Science*, 7(1).
- Bonura, H. (2017). *Le partecipazioni pubbliche.* La Riforma della Pubblica Amministrazione, Milano, Ed. Il Sole 24.
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: what's the difference?. *Journal of management studies*, 39(1): 97-122.
- Brescia, V. (2019). *The popular financial reporting: new accounting tool for Italian municipalities.* Franco Angeli.
- Brinkerhoff, D. W., & Crosby, B. (2002). *Managing policy reform: Concepts and tools for decision-makers in developing and transitioning countries.* Kumarian Press.
- Brusa, Luigi. 2013. *Lezioni di economia aziendale.* G Giappichelli Editore.
- Campra, M., Secinaro, S., & Brescia, V. (2019). Network among Institutions: The Case of TORINO Model. *International Journal of Business and Management*, 14(4).
- Cui, C., Liu, Y., Hope, A., & Wang, J. (2018). Review of studies on the public-private partnerships (PPP) for infrastructure projects. *International Journal of Project Management*, 36(5): 773-794.
- D'Alessio, L. (2008). *Le aziende pubbliche: management, programmazione, controllo.* Le aziende pubbliche, 1-503.
- D'Aries, C. (2007). *La Governance delle Società a Partecipazione Pubblica e il Processo di Esternalizzazione dei Servizi Pubblici Locali.* Scuola di Alta Formazione, I Quaderni.
- Dempsey, N., Burton, M., & Selin, J. (2020). *In-House, Contracted Out... or Something Else? Parks and Road Management in England.* *Marketization in Local Government*, Springer, 101-116.
- Di Russo, D. (2010). *Le società partecipate tra diritto pubblico e privato. Modelli di Governance delle società partecipate pubbliche.* <https://www.promopa.it/images/stories/pescara/RUSSO.pdf>.
- Di Russo, D. (2011). *Governance dell'Ente sulle proprie partecipate: vari modelli organizzativi.* Self - Servizi e Corsi di Formazione per Enti Locali e Pubblica Amministrazione. <https://www.self-entilocali.it/2011/05/31/governance-dell%e2%80%99ente-sulle-proprie-partecipate-vari-modelli-organizzativi/> (4 maggio 2020).
- D.lgs. n. 175 del 2016 (società pubbliche). http://www.bosettiegatti.eu/info/norme/statali/2016_0175.htm (29 aprile 2020).
- Ferrero, G. (1986). *Istituzioni di economia d'azienda*, Torino: Giuffrè.
- Ferrero, G. (1987). *Impresa e Management*, Milano: Giuffrè.

- Ferris, J. M., & Graddy, E. (1994). Organizational choices for public service supply. *Journal of Law, Economics, & Organization*, 126–141.
- Fred, M. (2019). Local government projectification in practice—a multiple institutional logic perspective. *Local Government Studies*, 1-20.
- Giannessi, E. (1961). Interpretazione del concetto di azienda pubblica: Edizione riveduta e ampliata dello scritto inserito nei " Saggi di economia aziendale e sociale in memoria di Gino Zappa". Colombo Cursi.
- Guerrini, A., Carvalho, P., Romano, G., Marques, R. C., & Leardini, C. (2017). Assessing efficiency drivers in municipal solid waste collection services through a non-parametric method. *Journal of cleaner production*, 147, 431-441.
- Ishizawa, S. (1991). Increasing returns, public inputs and transformation curves. *Canadian Journal of Economics*, 144-160.
- Karré, P. M. (2020). Hybrid organisations: between state and market. In *Handbook on Hybrid Organisations*. Edward Elgar Publishing.
- Kickert, W. J. (1997). Public governance in The Netherlands: an alternative to Anglo-American 'managerialism'. *Public administration*, 75(4), 731-752.
- Kickert, W. J., Klijn, E. H., & Koppenjan, J. F. (Eds.). (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. Sage.
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2016). The impact of contract characteristics on the performance of public–private partnerships (PPPs). *Public Money & Management*, 36(6), 455-462.
- Shleifer, A., La Porta, R., & Lopez-De-Silanes, F. (1999). Corporate ownership around the world. *Journal of Finance*, 54(2), 471-517.
- Macpherson, M. (2001). Performance measurement in not-for-profit and public-sector organisations. *Measuring business excellence*.
- Masini, C. (1988). *Lavoro e risparmio: economia d'azienda: estratto ad uso degli studenti della Facoltà di Economia e Commercio*. UTET libreria.
- Massari, A. (2016). *Guida al nuovo Codice dei contratti pubblici. Le novità del D. lgs. 18 aprile 2016 (No. 50)*. Maggioli Editore.
- Murray, M. A. (1975). Comparing public and private management: An exploratory essay. *Public Administration Review*, 364-371.
- Orlandini, P. (2016). *L'economia aziendale oggi (Vol. 5)*. G Giappichelli Editore.
- Orlandini, P. (2005). *Principi di economia aziendale per il settore pubblico*. Giappichelli.
- Ordinamento istituzionale - Servizi e interventi pubblici locali (2019). Altalex. <https://www.altalex.com/documents/news/2014/11/06/ordinamento-istituzionale-servizi-e-interventi-pubblici-locali> (22 maggio 2019).
- Osborne, S. (2006). The New Public Governance? . *Public Management Review* 8(3): 377–387.
- Padovani, E. (2004). *Il governo dei servizi pubblici locali in outsourcing: il controllo dell'efficacia (Vol. 367)*. FrancoAngeli.
- Persiani, N. (2003). *La governance del gruppo di imprese di servizi pubblici locali*. Milano: Franco Angeli.
- Puddu, L., Indelicato, A., Pollifroni, M., Rainero, C., Secinaro, S., Sorano, E., & Tradori, V. (2014). *Appunti di «Ragioneria pubblica applicata»*. Torino: Celid.
- Puddu, L. (2005a). *Lezioni di ragioneria pubblica*. Milano: Giuffrè.
- Puddu, L. (2005b). *Lezioni di ragioneria pubblica*. Giuffrè. <https://books.google.it/books?id=BHCHAAAACAAJ>.

Puddu, L., Biancone, P., Rainero, C., & Secinaro, S. (2018). *Il bilancio consolidato delle aziende pubbliche*. Milano: Giuffrè.

Rowley, J. (1998). Quality measurement in the public sector: Some perspectives from the service quality literature. *Total Quality Management*, 9(2-3), 321-333.

Sancino, A. (2010). L'attuazione del paradigma della public governance negli enti locali: implicazioni per il management. *Economia Aziendale Online*, 1(1), 49-58.

Serlenga, E. (2020). *Società a partecipazione pubblica*. Key Editore.

Smith, P., & Mayston, D. (1987). Measuring efficiency in the public sector. *Omega*, 15(3), 181-189.

Solimene, L. (2002). Servizio universale, liberalizzazione dei mercati e regolamentazione dei servizi di pubblica utilità. *Economia pubblica*.

Statistiche Istat (2019). <http://dati-censimentoindustriaeservizi.istat.it/Index.aspx?lang=it> (8 marzo 2020).

Thomasson, A. (2019). The Importance of the Owner Relationship in Shaping Hybrid Organizations. In *Managing Hybrid Organizations* (pp. 129-155). Palgrave Macmillan, Cham.

Torring, J. (2019). Collaborative innovation in the public sector: the argument. *Public Management Review*, 21(1), 1-11.

Torring, J., & Triantafyllou, P. (2013). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9-25.

Torring, Vining, A. R., & Weimer, D. L. (1990). Government supply and government production failure: A framework based on contestability. *Journal of Public Policy*, 10(1), 1-22.

Walsh, K. (1989). Competition and service in local government. In *The future of local government* (pp. 30-54). Palgrave Macmillan, London.

Wollmann, H. (2014). Public services in European countries. Between public/municipal and private sector provision—And reverse. *Fiscal austerity and innovation in local governance in Europe*, 49-76.

Wollmann, H., & Marcou, G. (Eds.). (2010). *The provision of public services in Europe: Between state, local government and market*. Edward Elgar Publishing.

Wood, D. J., & Jones, R. E. (1995). Stakeholder mismatching: A theoretical problem in empirical research on corporate social performance. *The International Journal of Organizational Analysis*.

Zappa, G. (1937). *Il reddito di impresa--Scritture doppie, conti e bilanci di aziende commerciali*, (The enterprise income—double entry, accounts and balance sheets of commercial firms), Milan: A. Giuffrè (3rd printing of 2nd edition 1950).

Zeitlin, M. (1974). Corporate ownership and control: The large corporation and the capitalist class. *American journal of Sociology*, 79(5), 1073-1119.

Can social neuromarketing be useful to public policy?

Myriam Caratù

University for Foreigners of Perugia, PG, (Italy); IIS Caterina da Siena, Communication Design and Fashion Technology, Milan (Italy), e-mail: myriam.caratu@unistrapg.it

Annarita Sorrentino

University of Naples Parthenope, Department of Business and Quantitative Studies (DISAQ),
e-mail: annarita.sorrentino@uniparthenope.it

Giancarlo Scozzese

University for Foreigners of Perugia, PG, (Italy), e-mail: giancarlo.scozzese@unistrapg.it

Abstract

Some scholars (Craig Lefebvre & Flora, 1988) tried to apply the use of social marketing principles and techniques to an effective implementation of public health interventions, but in order to have an effective public health marketing communications, there is need of effective Public Service Announcements - that is, public social campaigns: in this frame, neuromarketing can be useful in building effective communication tools whose aim is sustaining social marketing, since it allows to understand the customers' innermost and unconscious insights with a scientific reliability. The research aim of the present study, therefore, is to fill a gap in the existing literature by verifying if and how neuroscience and neuromarketing tools can help national and local government in the implementation of more effective public campaigns. The methodology of the present explorative research provides a critical interpretive review of the literature (McDougall, 2015), regarding the social neuromarketing and the application of neuroscience and neuromarketing in the public policy, as well as a focus on the most relevant international case studies. The main results have highlighted the core mechanism of what can be called "social neuromarketing", in the frame of an original model created by adapting existing literature (Argawal, 2014), which has the following managerial as well as social implications: neuromarketing can align citizens' unconscious expectations towards welfare state, thus providing policy makers insights on how to create efficient public health communication. This implies that the discipline of neuromarketing has wide impact on many fields of the social sphere: finance, law, politics, education.

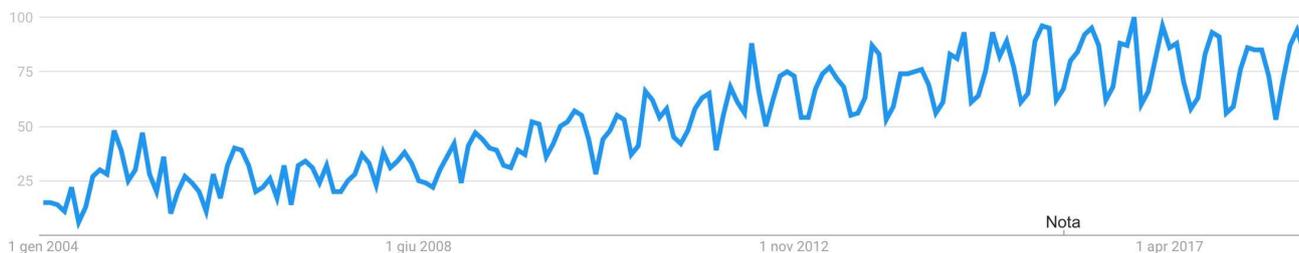
Keywords: Public Service Announcements, neuromarketing, social marketing, advertising effectiveness, public health, communication, prevention, social campaign, public policy.

doi: 10.5281/zenodo.3870822

1. Introduction

Since the 2002 recognition of neuroeconomics at the Nobel Prize ceremony (in the person of Daniel Kahneman), neuroscience applied to the socio-economic fields (neuroeconomics, neurofinance and neuromarketing) have rapidly developed in consumer market applications, despite some criticisms of efficiency and ethics, described in detail by Fortunato *et al.* (2014), Fisher *et al.* (2010), Murphy *et al.* (2008). From 2004 to date, this is the current situation of the term "neuromarketing" in the web users' searches: as we can see from Figure 1, the trends are growing:

Figure 1 – Neuromarketing popularity over the web from 2004 to date. Source: Google trends



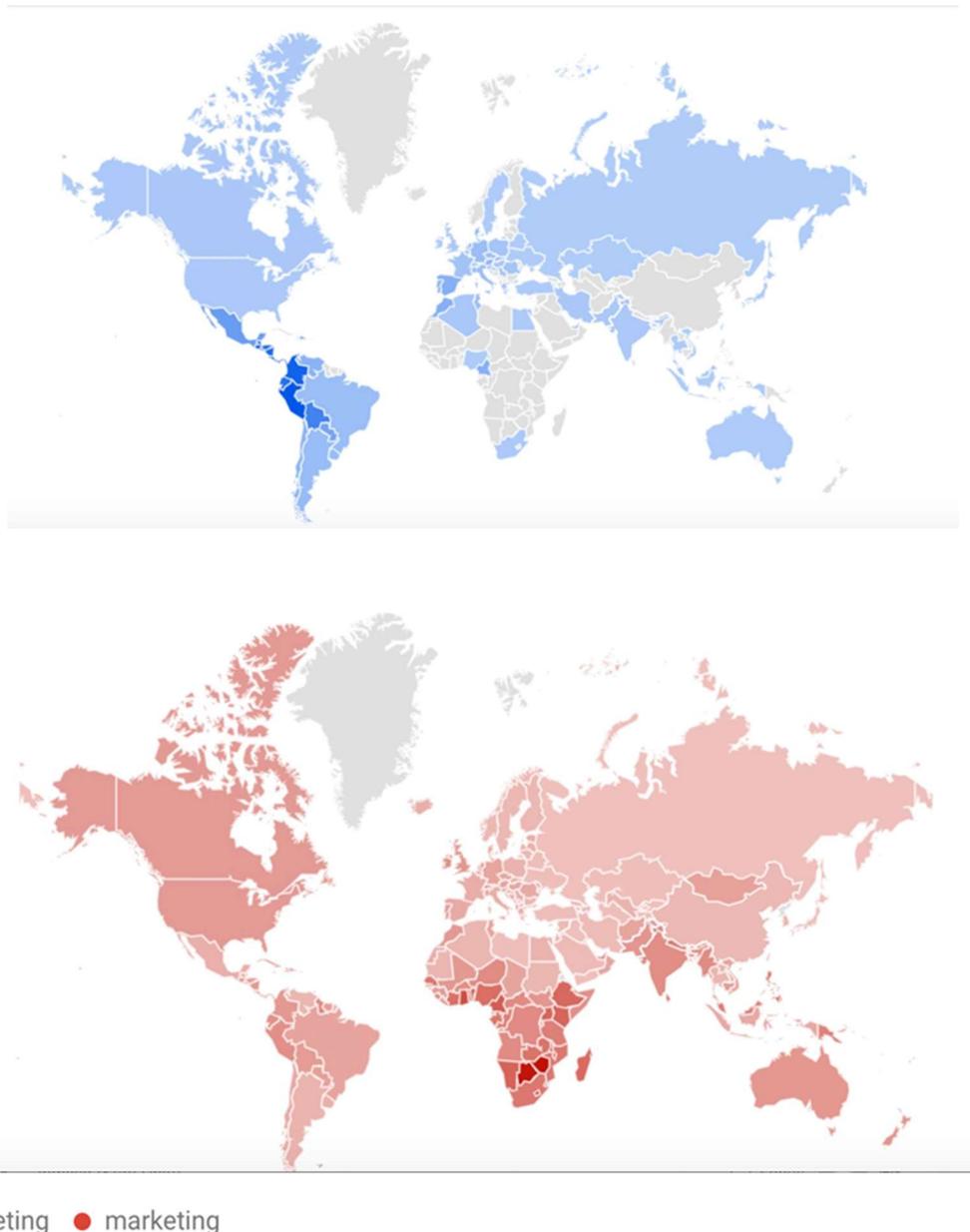
If compared to the broader category “marketing”, from Figure 2 it is possible to see that, in the last 5 years, the searches on the web have had exactly the same popularity:



Figure 2- Neuromarketing popularity on the web compared to marketing popularity in the last 5 years. Source: Google trends

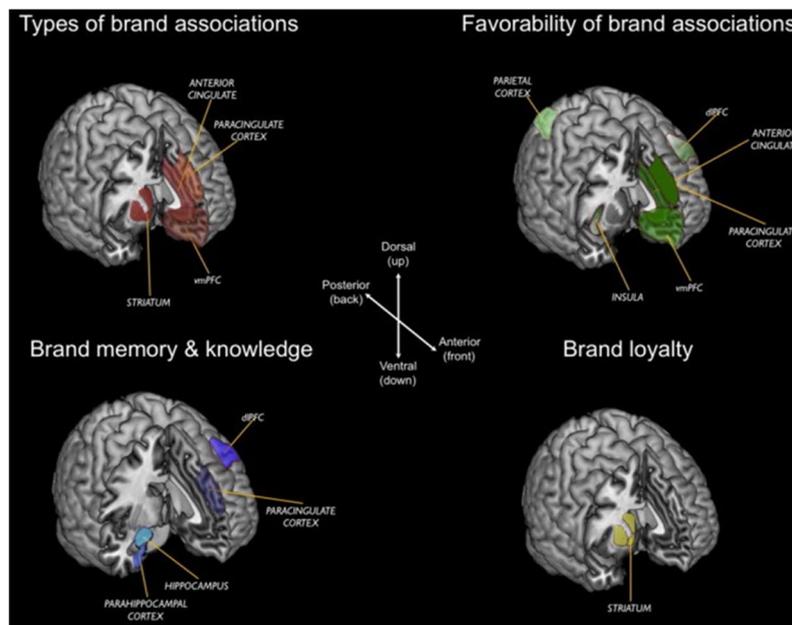
This could be interpreted like follows: neuromarketing has been almost totally identified with the marketing management, recently, in the majority of the Western world and part of Asia (see figure 3).

Figure 3 – Comparison between the popularity worldwide of the neuromarketing and marketing terms on the web. Source: Google Trends



This happens because “Undoubtedly obtaining information from the neuro- marketing is more accurate (than the classic marketing researches) since it takes into account not only the sociological and psychological profiles of customers, but also the cognitive. Thus, neuroscience gives us the ability to explore more of each group and segment the market on more solid bases. (...) Studies using neuro- imaging methodologies provide insight into real-time consumer response to a specific stimulus. The image of a brand can arouse emotions that can be more powerful than the effect of the product itself. *In other words a strong brand image alters perception towards the product.* Hence, the importance of knowing the underlying processes of customers in ways that enterprises develop valuable skills and resources to generate targeted strategies. The neuro-marketing provides a real competitive advantage in an increasingly saturated market” (Burgos-Campero & Vargas-Hernández, , 2013). Therefore, neuromarketing shows that there is a direct connection between the brain and brand associations, and explains it through scientific data, as Figure 4 shows:

Figure 4 – Brain Regions involved in brand information processing. Source: Plassmann et al., 2012.



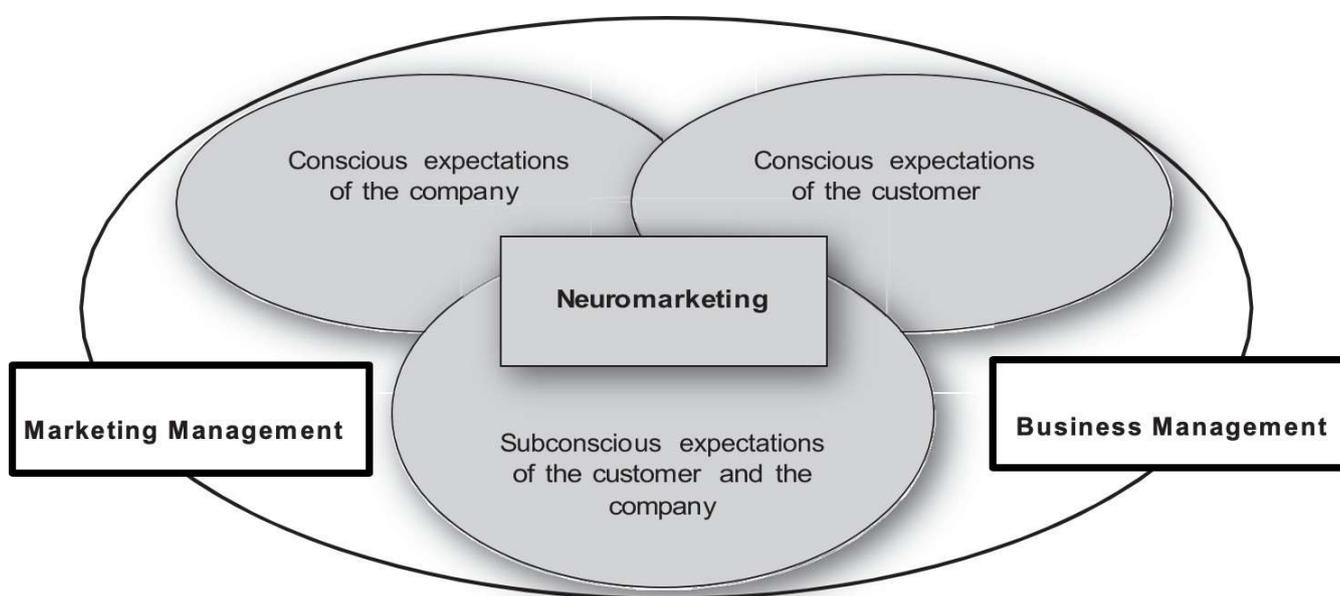
However, neuromarketing is not useful to the marketing discipline just for what regards branding, but it has been demonstrated (Agarwal, 2014) to be beneficial as a methodology in the following marketing inputs:

- Consumer Buying Behaviour
- Advertising
- Pricing
- New Product Development
- Distribution of Products
- Communication
- Product design

And, last but definitely most known, in the study of *Decision Making* (both consumers' and companies' decision processes). In fact, according to Agarwal (2014), "the role of marketing is not to decide but to provide insight for managers and operational staff so that they can make the right decisions and, in this sense, the benefit of neuroscience is that, by adapting this light to how the brain works, it helps transform lighting into conviction." This means that neuromarketing helps ensuring that managers do not extrapolate their subjectivity to the entire market. They begin to adopt a marketing attitude when they no longer consider themselves a representative sample of their customer base, regardless of their experience. Marketing professionals focus on listening to the customer rather than holding preconceived or subjective ideas. Thorough knowledge of how the brain comprehends and processes the information received from the environment helps them improve their objectivity. Rigorous and methodical marketing practitioners must also have a salesperson's temperament. They must be able to listen and understand their interlocutors and make themselves understood by adapting the way they think and speak to their interlocutors' communication patterns. This is true in particular when they have to work with engineers, financial personnel and IT people.

The use of neuroscience will help them realize what can instinctively guide these partners in their reactions. Neuroscience provides an interesting contribution, *as it gives additional insight*, sometimes different from declarations. This knowledge helps distinguish between the interlocutors' deep thoughts and conventional attitude or even doublespeak. It sheds light on the brain's stimuli that trigger, often subconsciously, the positive or negative reactions of internal partners and customers to the decision. In other words, neuromarketing helps aligning, with rigorous and scientific methods, the expectations of the demand and supply, thus providing more efficient and target-focused systems of the business and marketing management (see Figure 5).

Figure 5 – The Neuromarketing Space between Marketing and Business.



Source: Agarwal, S. 2014

Since, according to Freemantle (1996), "close attention to the decision making behaviour of health professionals in situations of uncertainty indicates that this may not always be 'rational'", it is important to apply the neuroscientific methods to give rationality and rigor to policymakers' decisions, so that they can rely on objective data.

2. Towards a social neuromarketing

With neuroscientific and neuromarketing knowledge increasingly being applied across multiple domains, it could be important to consider whether and how social important issues and policy can be promoted through social neuromarketing, such as public involvement in anti-drink / drive campaigns, etc.. It should be recognized that certain steps have been taken to tackle these issues: the French government, for example, has a special program called "Neuroscience and Public Policy", dedicated on how a better understanding of human behavior could help in developing more efficient public policies in health prevention, sustainable development, economics, finance, education, law and ethics – alongside improving well-being. Moreover, some universities have opened new joint

programs such as those in Neuroscience and Public Policy, or Law and Neuroscience. Some scholars (Craig Lefebvre & Flora, 1988; Coffman, 2002; Varcoe, 2004; Bardus, 2011) have highlighted how social marketing – especially in the health programs - can be effective in attracting, retaining and engaging people, as they are said to be able to generate behavioral changes by stimulating interpersonal communication on the topic. In doing so, the neuromarketing tools help to better understand and interpret people responses (in terms of emotions, feelings, cognitive and behavioral reactions) in relation to social marketing stimuli, by applying neuroscience methods that are able to overcome research bias of the traditional techniques (i.e. questionnaire). This happens because - according to the behavioral economics - what we think or want has often little or no impact on our decision-making processes (Boksem & Smidts, 2015). Therefore, the scientific approach to the assessment of a marketing stimuli (via Functional Magnetic Resonance Imaging - fMRI, eye-tracking, Galvanic Skin Response - GSR, etc.), provides a more in-depth investigation of what happens in people's minds, outside their awareness. The application of neuroscience and neuromarketing tools in Public campaigns could support national and local government to promote socially important issues and policies. In Italy, the theme of the application of a more human-based approach in the development of public policy is beginning to be debated in the literature but is still far from a practical implementation. In this frame, the research aim of the present study is to verify if and how neuroscience and neuromarketing tools can help national and local government in the implementation of more effective public campaigns. The methodology of the present explorative research provides a literature review regarding the social neuromarketing and the application of neuroscience and neuromarketing in the public policy, as well as a focus on the most relevant international case studies.

3. Background

3.1 Social marketing for behavioral change in the health programs

Social responsibility is gaining its momentum in the formulation of the strategy of the organizations, at the organizational, behavioral and communicational level, and for many organizations it is even considered a key differentiator and a proximity element to customers, whom are increasingly sensitive to individual and collective well-being (Carrol & Shabanna, 2010). Yet, welfare is not the prerogative only of companies, but also of non-profit organizations, as well as, of course, institutions and local governments (Machado, Antunes & Miranda, 2015). Social marketing reflects “the use of marketing principles and techniques to influence a target audience to voluntarily accept, reject, modify, or abandon a behaviour for the benefit of individuals, groups or society as a whole” (Kotler, Roberto & Lee, 2002, p. 5). The concept of Social marketing, therefore, traces back to Philip Kotler, and arises precisely in the 1970s, when – together with Gerald Zaltman – the author realized that the same marketing principles that were being used to sell products to consumers could be used to sell also ideas, attitudes and behaviours. Kotler and Roberto (1989) and Andreasen (2012) define social/non-profit marketing as differing from other areas of marketing only with respect to the objectives of the marketer and his or her organization. Social marketing, in fact, seeks to influence social behaviors not to benefit the marketer, but to benefit the target audience and the general society. This technique has been used extensively in international health programs, especially for contraceptives and oral rehydration therapy (ORT) and is being used with more frequency in the United States for such diverse topics as drug abuse, heart disease and organ donation (Weinreich, 2018). Kotler & Zaltman (1971) ask themselves if marketing concepts and techniques can be effectively applied to the promotion of social objectives - such as brotherhood, safe driving, and family planning.

3.2 Assessing the Social Marketing and PSAs Effectiveness

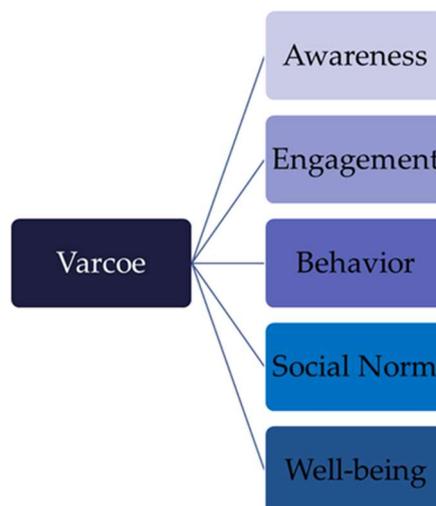
Some scholars tried to apply the use of social marketing principles and techniques to an effective implementation of public health interventions: already in the latest 80s there was an article (Craig Lefebvre & Flora, 1988) discussing eight essential aspects of the social marketing process, that is:

- 1- the use of a consumer orientation to develop and market intervention techniques,
- 2- exchange theory as a model from which to conceptualize service delivery and program participation,
- 3- audience analysis and segmentation strategies,
4. the use of formative research in program design and pretesting of intervention materials,
- 5- channel analysis for devising distribution systems and promotional campaigns,
- 6- employment of the "marketing mix" concept in intervention planning and implementation,
- 7- development of a process tracking system,
- 8- a management process of problem analysis, planning, implementation, feedback and control functions

The study suggests, in fact, that attention to such variables could result in more cost-effective programs that reach larger numbers of the target audience. Varcoe (2004), instead, provides a systematic way of proving the effectiveness of Social Marketing campaign, identifying five Key Performance Indicators (KPIs) or levels and associated indicators of success, needed for the evaluation of a campaign. A campaign is dependent on a success spanning all the levels of the following framework. (Figure 6). This means that:

- failure at any level will undermine efforts to achieve subsequent levels;
- failure at later levels may be interpreted as weakness at the earlier levels, thus giving a powerful interpretation of the reasons for failure;
- however, early level effectiveness does not guarantee the later level of effectiveness;

Figure 6 - Levels of Social Marketing effectiveness. Source: Varcoe (2004)



Coffman, (2002) instead, created the Logical Model Template, (Figure 7), which explores the Public Communication Campaigns by suggesting a framework to evaluate them:

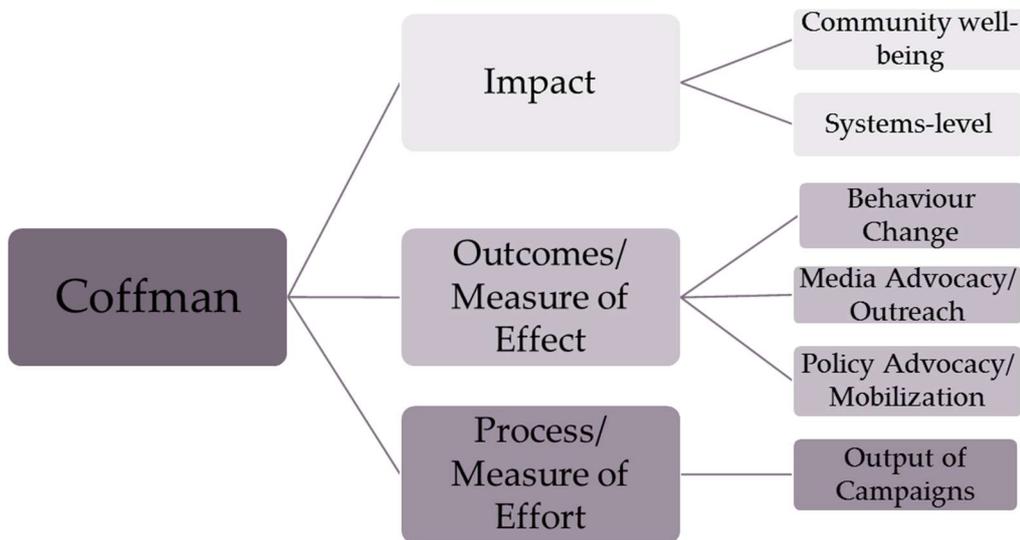


Figure 7 – Logical model Template. Source: Coffman (2002)

4. Methodology

The present study is an explorative research which adopted the model of the critical interpretive review: this, according to McDougall (2015) is “thoughtfully-designed and thorough, but not systematic in the sense of aiming to assemble every article relevant to the research question. A critical interpretive review is nonetheless a substantial research activity. The literature identified is a source of data that enables a specific research question to be answered; a body of knowledge is extended by the findings of this type of review”. A critical interpretive review aims at answering a research question (which, in this case, is whether social neuromarketing can be a useful tool in helping policymakers’ decisions) by reviewing normative and/or empirical literature – as this study does – from which the researchers identify key ideas.

The researchers chose a kind of methodological approach, for the literature of this study, typical of bioethics, given the interdisciplinary nature of this research and since this paper deals, to some extent, with bioethical issues (such as those involved in neuromarketing experiment, which use the data coming from the testers’ body signal): bioethics, in fact, are concerned with the ethical questions that arise in the relationships among life sciences, biotechnology, medicine and medical ethics, politics, law, theology and philosophy (Wynar, 2007).

Main Results

Neuromarketing as a tool to assess the effectiveness of the Public Service Announcements

In Craig Lefebvre & Flora (1988) it is possible to note that one of the variables taken into account from the marketing discipline is the audience analysis – which is the main scope of neuromarketing

methodologies applied to the assessment of the Public Service Announcements – that is the topic of this paragraph of our literature review.

There are studies that have highlighted the connection between social marketing and public policy, with reference to the tool of the Public Service Announcements (PSAs) used for the public health communications aims: according to Harris, Ciorciari & Gountas (2018), there are two types of public health communication strategies used to support individuals to change behavior: *preventing* or *implementing* an intervention.

A preventive communication strategy attempts to discourage individuals from undertaking harmful, risky or unhealthy behavior, such as taking up smoking, drugs, alcohol, binge drinking, gambling, speeding and driving under the influence of various substances. Traditional preventative approaches are primarily aimed towards individual behaviour change (Loss, Lindacher & Curbach, 2014). Public health marketing communications adopting a preventative approach are predominantly aimed at people who may be likely to consider or intend to engage in or continue certain risky behaviours, such as HIV prevention (Brescia, Caratù & Scaioli, 2019). The use of modern brain imaging techniques (typical of the neuroscience) could be useful to understand what brain areas are involved in the observation of video clips related to commercial advertising, as well as for the support of political campaigns, and also the areas of Public Service Announcements (Vecchiato et al., 2010).

Over the last decade, in fact, the emergence of Neuromarketing – as in, according to Lee et al (2007) “the field of study that employs methodologies of the neuroscience to understand the customer behaviour” – has advanced conventional marketing research, revealing how unconscious responses and emotions impact consumers’ perceptions and decision-making processes. Neuromarketing employs the concepts and techniques of *cognitive neuroscience*—that is, the investigation of the brain mechanisms underlying cognition. By concentrating on the neural substrates of psychological processes and their behavioural expressions, this new field of research seeks to formulate, implement, and evaluate marketing plans and actions. Neuromarketing is based on two postulations: first, that individual sensory and motor systems can be identified in specific networks of brain cells; and second, that observing these networks can reveal the unconscious or emotional characteristics of consumer decision making that conventional qualitative and quantitative research methods cannot (Mileti, Guido & Prete, 2016).

5. Neuroscience: a tool for understanding the consumer’s response to ADV

For companies, in order to plan an effective communication public communication, there is the need to understand the audience insights and their inner motivations at the basis of decision-making. This is possible thanks to the Consumer Neuroscience, which allows to assess the effectiveness of advertising – among the other things – by understanding the inner insights of the audience thus, thanks to a process of reverse thinking, providing thus guidelines on how to build an effective advertising campaign. If transposed in the field of consumerism and according to the key literature mentioned in this chapter, neuromarketing can be useful in building effective communication tools whose aim is sustaining contemporary consumerism and social marketing, by understanding the customers’ inner and unconscious insights with a scientific reliability. “Neuromarketing research provides new ways to contribute to these goals as it enhances traditional marketing instruments by drawing on innovative user-interfaces, applications and software. In the Neuromarketing long term, findings emanating from Neuromarketing might even change the interaction between humans and machines and lead to the development of new interfaces that facilitate direct communication between the human brain and an

external device (Customer Experience: Neuro-marketing innovations, 2014).“The application of neuroscience to advertising issues has been widely hyped as well as criticised, sometimes under the titles of neuromarketing and neuroeconomics, but as yet few results have appeared in the literature. We began with Weilbacher’s (2003) observation that practitioners preferred old myths to new understanding. Some prefer to believe that advertising directly persuades people to buy, and therefore advertising performance can be measured by sales, despite the logic to the effect that advertising, when it works at all, works by changing customer-based brand equity, which may affect behaviour but at a later date. Neuroscientists and advertisers need to work together so that research investigates how ads are processed, how the changed memories are stored and the subsequent changes in behaviour relative to the aspirations of the advertisers. In other words, they need to understand how brand equity is changed and how brand equity influences behavior” (Plassmann, H., Ambler, T., Braeutigam, S., & Kenning, P., 2007)

6. Discussion

Do people trust in neuroscience for social aims?

To be fair, Consumer Neuroscience (neuroscience applied to consumer studies, i.e. economics and marketing, even social marketing) is often considered as an unethical science (Gómez, 2015), but not totally: recently, public administrations have understood the importance of bio imaging techniques for improving the effectiveness of their public policies, especially in Europe, where neuroscience plays a big role in evaluating the quality of anti-smoking and anti-alcoholism Public Service Announcements: an example is the EU Horizon2020 project SmokeFreeBrain¹, aimed at assessing – with neuro-metric indexes and techniques – the effectiveness of anti-smoking Public Service Announcements . In fact, “local governments are required to disseminate information concerning risks to public health and to promote messages that encourage healthier life style options to improve public health and reduce the huge burden placed on state spending from state subsidized health care in countries with social security systems such as Germany, the UK and France. In this context, Public Service Announcements (PSAs) are non- commercial advertisements intended to achieve attitudinal and behavioral changes in the general public (such as protecting the environment and safer driving). When effective, PSAs are of substantial benefit to public welfare, and the aim of the project is to improve their efficacy by using evaluation methods borrowed from applied neuroscience.^{2”}

In this case, and other ones (as the MOTO project³ and the STRESS project⁴, aimed at improving the performance of personnel in the air traffic control field), Social Marketing and Consumer Neuroscience help preventing deaths. Which was the same objective of the White House, when it launched the BRAIN Initiative (Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies). The project is a collaborative, public-private research initiative announced by the Obama administration on April 2, 2013, with the goal of supporting the development and application of innovative technologies that can create a dynamic understanding of brain function. This activity is a Grand Challenge focused on revolutionizing our understanding of the human brain, and was developed by the White House Office of Science and Technology Policy (OSTP) as part of a broader

¹ <http://smokefreebrain.eu>

² <http://smokefreebrain.eu/public-service-announcement/>

³ <http://www.moto-project.eu/>

⁴ <http://www.stressproject.eu/>

White House Neuroscience Initiative. Inspired by the Human Genome Project, BRAIN aims to help researchers uncover the mysteries of brain disorders, such as Alzheimer's and Parkinson's diseases, depression, and traumatic brain injury.

As far as it concerns the assessment of HIV PSAs, also these are not new to neuroscientific assessments in order to provide future guidelines for the policymakers in producing effective Public Service Announcements: an example is the use of eye-tracking to assess the INPES poster “Stopping the use of the condom before having had an HIV test: don’t even consider it” was the subject of an eye-tracking study run” by the Mediamento Institute in 2008. “Heat maps were established showing the places where the visual attention of the participants was attracted most in terms of duration and number of times that they fixed their gaze on the poster. These tests show that the gaze of the participants was indeed attracted by the visual images but also by the text: all the participants have read the written message (Figures 8 and 9).

And more important, taking into consideration the number of ocular fixations and their duration, one can assume that the message was well memorized. The results of the study also show that time between the appearance of the poster on the eye-tracker screen and the first time the gaze of the participants was fixed on the text area is often smaller than for others areas, which suggests that the text catches their attention quickly, and thus that the INPES message was indeed transmitted. One can thus conclude that this campaign was well designed from the point of view of the balance between the emotion and the attention generated (...) Thus, a good message is judged by two main criteria: its capacity to draw attention and its capacity to be memorized. Cognitive theories put forward the importance of emotions. Moreover, methods in Cognitive Sciences offer a technological potential that can be mobilized for public health communication campaign assessment purposes.” (Oullier & Sauneron, 2010).

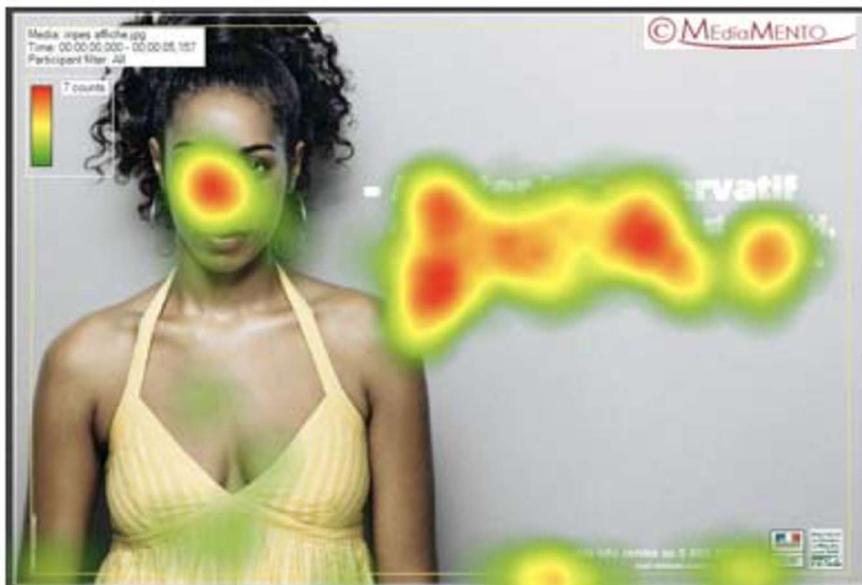


Figure 8 – Eyetracking heatmap of fixation duration for an INPES posting campaign. The red areas show particularly high focus of attention. Source: Mediamento 2018

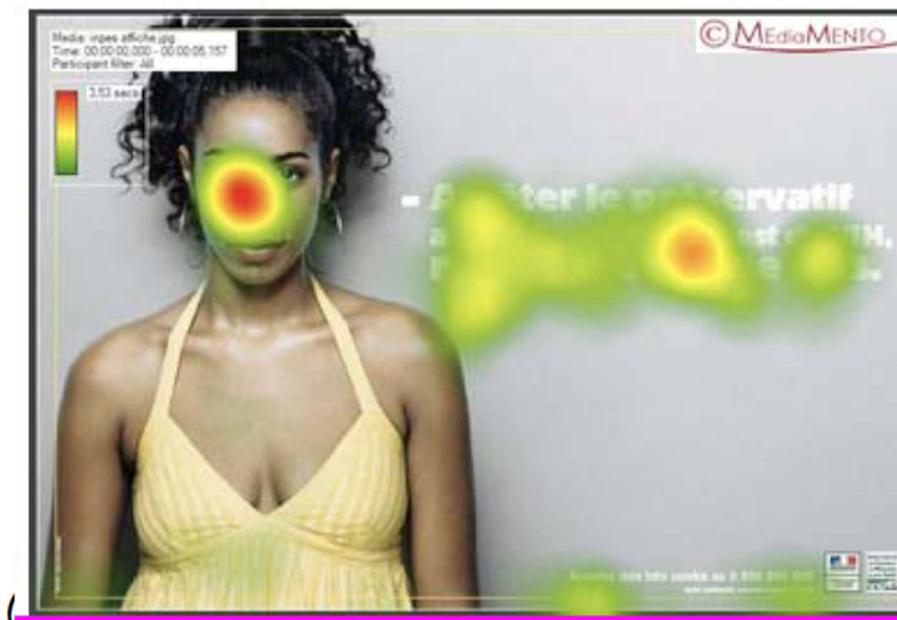


Figure 9 - Eyetracking heatmap of fixation duration for an INPES posting campaign. The red areas show particularly longer focus of attention. Source: Mediamento 2018

So, research data in Consumer Neuroscience is gathered with cutting-edge technologies and devices which by monitor biometric signals and provide neuroscientific indexes, such as:

- Eye tracking: eye trackers are small cameras that can track eye movement and eye focus, helping researchers understand which parts of an advertisement are most visually appealing to test subjects. Eye-tracking is the process of measuring either the point of gaze (where one is looking) or the motion of an eye relative to the head. An eye tracker is a device for measuring eye positions and eye movement, and is used in research on the visual system, in psychology, in psycholinguistics, marketing (as an input device for human computer interaction) and in product design. In recent years, the increased sophistication and accessibility of eye tracking technologies have generated a great deal of interest in the commercial sector. Applications include web usability, advertising, sponsorship, package design and automotive engineering. In general, commercial eye tracking studies function by presenting a target stimulus to a sample of consumers while an eye tracker is used to record the activity of the eye. Examples of target stimuli may include website, television programs, sporting events, films, commercial, magazines, newspapers, packages, shelf displays, consumer systems (ATMs, checkout systems, kiosks), and software. The resulting data can be statistically analyzed and graphically rendered to provide evidence of specific visual patterns. By examining fixations, saccades, pupil dilation, blinks and a variety of other behaviors researchers can determine a great deal about the effectiveness of a given medium or product.

Facial coding: subjects' facial expressions are analyzed to learn more about certain responses to a product or advertisement, including frustration, happiness, and more.

Galvanic skin response and electrodermal activity: GSR, also named Electrodermal Activity (EDA) and Skin Conductance (SC), is the measure of the continuous variations in the electrical characteristics of the skin, for instance the conductance, caused by the variation of the human body sweating. The traditional theory of the GSR analysis is based on the assumption that skin resistance varies with the state of sweat glands in the skin. Human body sweating is regulated by the Autonomic

Nervous System (ANS). In particular, if the sympathetic branch (SNS) of the autonomic nervous system is highly aroused, then sweat gland activity also increases, which in turn increases skin conductance, and viceversa. In this way, skin conductance can be a measure of the human Sympathetic Nervous System responses. Such system is directly involved in the emotional behavioral regulation in the humans. Additional studies highlighted the relationship between GSR signal and some mental states, such as stress, drowsiness and engagement. To record the GSR signal, in general just two electrodes put at the second and third finger of one hand are necessary. The variation of a low-voltage applied current between the two electrodes is used as measure of the EDA. Recently, new commercial healthcare devices more and more wearable and fancy (bracelets, watches) have been developed, thus such measure is usable in each research activity in the neuroscience domain also in no-laboratory settings.

- Electroencephalography (EEG)— It is an electrophysiological monitoring method to record electrical activity of the brain. It is typically noninvasive, with the electrodes placed over the scalp, thus suitable also for no-laboratory settings. Each conscious and unconscious mental function is the result of the electrical communication among the human brain neurons. It is not possible to record in a non-invasive way the electrical activity related to each neuron, however the EEG technique is able to measure the voltage fluctuations over the scalp caused by the concomitant electrical activity of a neurons population. Such voltage fluctuations could be characterized in terms of spectral content (EEG rhythms or bands) or of time-domain characteristics (Evoked Potentials and Event-Related Potentials). The brain's spontaneous electrical activity (popularly called "brain waves") of a particular brain area in a particular band could be associated to specific cognitive processes (e.g. memorization, decision-making,...) and mental states (e.g. workload, fatigue, drowsiness, ...). The Evoked Potentials (EP) analysis consists in averaging the EEG activity time-locked to the presentation of a stimulus of some sort (visual, somatosensory, or auditory). Event-related potentials (ERPs) refer to averaged EEG responses that are time-locked to more complex processing of stimuli. EEG is often used to diagnose epilepsy, which causes abnormalities in EEG waves. It is also used to diagnose sleep disorders, coma, encephalopathy, and brain death. In general, EEG is used to be a first-line method in clinical applications about the human brain, because it is not dangerous for the patient, unlike the Computer Tomography (CT); it is moreover relatively inexpensive and no-bulky, if compared to the Magnetic Resonance Imaging (MRI), and has a greater time resolution (milliseconds), which is not possible to reach, instead with a CT or an MRI. Beyond clinical application, thanks to its advantages, the EEG technique is widely used in neuroscience, cognitive psychology, psychophysiological and neuro-ergonomics research.

MRI- that makes an anatomic representation of the brain by making use of magnets: an MRI scanner is used to measure the blood oxygen level, which can give an indication of increased brain activity in certain regions.

fMRI: (a sub area of MRI, and also the latest and most popular brain imaging method in the field of neuromarketing used for investigation of brain activation differences); the f stands for 'functional', indicating that it is a "process" instead of a snapshot (like in the MRI) being observed.

In our brain, the neuronal activity constantly fluctuates as we engage in different activities, from simple tasks – like controlling one hand or reach out and pick up a cup of coffee, to complex cognitive activities, like understanding language in a conversation. The brain also has many specialized parts, so that activities involving vision, hearing, touch, language, memory, etc. have different patterns of activity. Even when one rests quietly with his/her eyes closed, the brain is still highly active, and the

patterns of activity in this resting state are thought to reveal particular networks of areas that often act together. Functional magnetic resonance imaging (fMRI) is a technique for measuring and mapping brain activity that is non-invasive and safe. It is being used in many studies to better understand how the healthy brain works, and in a growing number of studies it is being applied to understand how that normal function is disrupted in disease. Simply speaking, it displays the blood flow of oxygen-rich blood to different regions in the brain in order to explore the human behavior.

-Respiration and heart rate (HR). This system is based on measurement of beating speed of the heart and respiration speed using sensors placed on the chest or by means of a finger pulse meter. It has been found that when attention increases, the heartbeat slows down. Fast and profound breathing is connected with energy and excitement and shallow breathing can demonstrate concentration, tense anticipation, or panic and fear. This can provide a useful indication of physical excitement.

7. Conclusions

For what regards public policies, it is already known that “neuroeconomics, behavioural economics and picoeconomics have recently come to widespread popular attention, informing both public policy and commercial applications in UK and USA in particular. From neuroeducation and neuromarketing to so-called ‘nudge’-inspired public policies, the resurgence of broadly behavioural accounts of economic theory has far-reaching consequences for how we both understand and intervene in human rationality” (Pykett, J., 2012). It is well known, in fact, the importance for policy-makers of communicating social messages through Public Service Announcements, and their interests in evaluating their efficacy with neuroscientific methods: the reasons – explained so far in this study – are even been recognized by centres of Strategic Analysis of the European governments (i.e. the French *Centre d'analyse stratégique*), which declare how “a good message is judged by two main criteria: its capacity to draw attention and its capacity to be memorized. Cognitive theories put forward the importance of emotions. Moreover, methods in Cognitive Sciences offer a technological potential that can be mobilized for public health communication campaign assessment purposes.” (Oullier & Sauneron, 2010). In this sense, the model drawn in the introduction can be applied to the social sphere too.

A good social marketing message can be assessed by studying the unconscious reactions of the audience to the stimulus: the meanings and advantages offered by the neuromarketing perspective lie in the fact that it offers a direct window on the insights that guide people towards a specific direction of choice, difficult to capture through surveys and conventional methodologies, such as the use of questionnaires or the realization of psychological interviews. Even in the public field, the analytical perspectives of cognitive psychology and neuroscience, offer interesting insights on the effectiveness and how improve channels and the campaign design in order to affect people changing behaviour and community well-being.

We could therefore say that, by helping policy-makers in their decision-making process (in providing accurate and scientific-based data regarding the PSAs’ audience expectations about the Social and Welfare Policies and Services), neuromarketing can align the conscious expectations of both (citizens’ and governments’) with their unconscious expectations, thus providing a more targeted policy-making in the context of a more efficient welfare state (see figure 10).

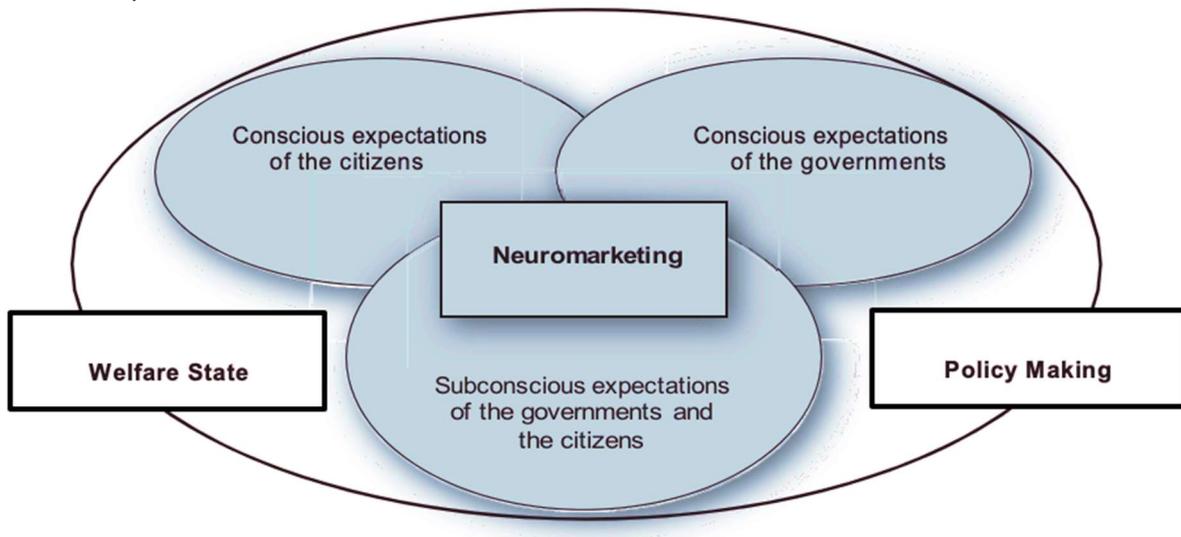


Figure 10 - The Neuromarketing Space in the social sphere.

Source: own elaboration, adapted from Agarwal, 2014

References

- Agarwal, S. (2014). Neuromarketing in Action: How to Talk and Sell to the Brain. *Journal of Consumer Marketing*, 31(5), 404-405.
- Andreasen, A. R. (2012). Rethinking the relationship between social/nonprofit marketing and commercial marketing. *Journal of Public Policy & Marketing*, 31(1), 36- 41.
- Bardus, M. (2011). The Web 2.0 and social media technologies for pervasive health communication: Are they effective. *Stud Commun Sci*, 11(1), 119-136.
- Boksem, M. A., & Smidts, A. (2015). Brain responses to movie trailers predict individual preferences for movies and their population-wide commercial success. *Journal of Marketing Research*, 52(4), 482-492.
- Brescia, V., Caratù, M., Scaioli, G. (2019) "A Community-Based Social Marketing Strategy to Prevent HIV and Fight Stigma. *International Journal of Business and Management*, 2019, 14.10.
- Business Innovation Observatory (2014, June). Customer Experience: Neuromarketing
- Carroll, A. B., & Shabana, K. M.(2010). The business case for corporate social responsibility: A review of concepts, research and practice. *International journal of management reviews*, 12(1), 85-105.
- Coffman, J. (2002). Public communication campaign evaluation: an Environmental Scan of Challenges, Criticisms, Practice, and Opportunities. Prepared for the Communications Consortium Media Center by the Harvard Family Research Project in May 2002
- Coffman, J. Public communication campaign evaluation. Communications Consortium Media Center. Washington, DC. (2002).
- Contributions and Limitations. *Journal of Management Research* 6(2): 201-220
- Craig Lefebvre, R., & Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health education quarterly*, 15(3), 299-315.
- Fisher, C., Chin, L. & Klitzman, R. (2010). *Defining Neuromarketing: Practices and Professional Challenges*. Harvard
- Fortunato, V., Giraldi, J. & Oliveira, J. (2014). A Review of Studies on Neuromarketing: Practical Results, Techniques,
- Freemantle, N. (1996). Are decisions taken by health care professionals rational? A non systematic review of experimental and quasi experimental literature. *Health Policy*, 38(2), 71-81.
- Gómez, J. A. T. (2015). La farsa del neuromarketing. *Revista e-ikon*, 2(1), 2-9.
- Harris, J. M., Ciorciari, J., & Gountas, J. (2018). Public health social media communications and consumer neuroscience. *Cogent Psychology*, 5(1), 1434058. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1434058>
- Kotler, P., & Roberto, E. L. (1989). *Social marketing. Strategies for changing public behavior*.

Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *The Journal of Marketing*, 3-12.

Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social marketing—improving the quality of life*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lee, N., Broderick, A. J., & Chamberlain, L. (2007). What is “neuromarketing”? A discussion and agenda for future research. *International Journal of Psychophysiology*, 63(2), 199–204. <http://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2006.03.007>

Loss, J., Lindacher, V., & Curbach, J. (2014). Online social networking sites—a novel setting for health promotion?. *Health & place*, 26, 161-170.

Machado, A. T., Antunes, A. C., & Miranda, S. (2016). Social marketing through communication campaigns: the Portuguese Association for Victim Support Case (APAV). *Revista Portuguesa de Marketing*, 19(36), 7-22.

McDougall, R. (2015). Reviewing literature in bioethics research: Increasing rigour in non-systematic reviews. *Bioethics*, 29(7), 523-528.

Mileti, A., Guido, G., & Prete, M. I. (2016). Nanomarketing: a new frontier for neuromarketing. *Psychology & Marketing*, 33(8), 664-674.

Müller, K. M. (2013). *NeuroPricing: wie Kunden über Preise denken* (Vol. 1332). Haufe-Lexware.

Murphy, E., Illes, J. & Reiner, P. (2008). Neuroethics of Neuromarketing. *Journal of Consumer Behavior* 7: 293–302

Oullier, O., & Sauneron, S. (2010). *Improving public health prevention with behavioural, cognitive and neuroscience*. Paris: *Centre d'analyse stratégique*.)

Pan, J. & Tompkins, W. J. (1985). A Real-Time QRS Detection Algorithm. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering* BME-32, 230–236. doi:10.1109/TBME.1985.325532

Review Psychiatry 18(4): 230–237

Sector Research Conference.

Stephen, A. T. (2016). The role of digital and social media marketing in consumer behavior. *Current Opinion in Psychology*, 10, 17-21.

Varcoe, J. (2004). Assessing the effectiveness of social marketing. In ESOMAR Public

Varcoe, J. (2004). Assessing the effectiveness of social marketing. In ESOMAR Public Sector Research Conference.

Vecchiato, G., Astolfi, L., Fallani, F. D. V., Cincotti, F., Mattia, D., Salinari, S., ... & Babiloni, F. (2010). Changes in brain activity during the observation of TV commercials by using EEG, GSR and HR measurements. *Brain topography*, 23(2), 165-179.

Weinreich, N.K. (2018) What is Social Marketing? Available at: <http://www.social-marketing.com/Whatis.html> (Accessed: 14/10/2018)

Wynar, Bohdan S. (2007). *American Reference Books Annual*, Volume 38. Libraries Unlimited

Analisi degli elementi organizzativi nella disposizione di Offerta di test HIV rapidi. Il caso dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno.

Marco Bosa

Rivoli Hospital (Italy); Odv Casa Arcobaleno, e-mail: marco.bosa@gmail.com

Stefano Costa

Local Health Authority TO4; Odv Casa Arcobaleno, e-mail: dr.stefanocosta@libero.it

Mauro Gottero

Luce per la vita Onlus, Ottavio Mai di Torino, e-mail: grusgott@alice.it

Massimo Scavia

Odv Casa Arcobaleno, e-mail: massimo.scavia@gmail.com

Emidio Albertini

University of Perugia - Department of Agricultural, Food and Environmental Sciences; Omphalos Perugia, e-mail: emidio.albertini@unipg.it

Valerio Brescia

University of Turin, Department of Management; Odv Casa Arcobaleno, e-mail: valerio.brescia@unito.it

Luca Brussard

Odv Casa Arcobaleno, e-mail: luca.brussard@gmail.com

Abstract

L'uso dei test rapidi HIV è sempre più diffuso al fine di aumentare le conoscenze in materia di stato sierologico e l'accesso alle terapie soprattutto nelle popolazioni considerate più a rischio. In questo studio, attraverso una rassegna sistematica della letteratura e dei progetti più significativi realizzati negli ultimi anni, stiamo cercando di analizzare gli elementi organizzativi che dovrebbero essere presi in considerazione al fine di garantire un servizio efficiente ed efficace. In particolare, i luoghi di somministrazione del test, il tipo di personale coinvolto, il rapporto e il legame con un ente pubblico per la conferma e la presa in carico della positività, il servizio di consulenza offerto, i costi del servizio, il tipo di test, la frequenza di somministrazione e il tasso di efficacia del test rapido sono oggetto di analisi e confronto. Il caso studio conferma in maniera empirica e integra le evidenze riscontrate in letteratura.

Parole chiave: Test rapido, HIV, Servizio per la comunità, community-based

doi: 10.5281/zenodo.3870828

1. Introduzione

L'HIV è una delle principali cause di morbilità e mortalità a livello globale (Murray et al., 2010). Nonostante i notevoli progressi nel controllo dell'epidemia, ci sono state circa 2,2 milioni di nuove

infezioni da HIV, 1,7 milioni di morti per HIV e 34,2 milioni di persone sieropositive in tutto il mondo nel 2011; 1,5 milioni di queste nuove infezioni da HIV, 1,2 milioni di morti per HIV e 23,5 milioni di persone sieropositive in tutto il mondo nel 2011 sono persone che vivono in Africa (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2015; Bert, et al., 2018). Negli Stati Uniti, circa un quarto del milione e mezzo di persone che, secondo le stime, vivono con il virus dell'immunodeficienza (HIV) non sono a conoscenza del loro stato di sieropositività (Glynn et al., 2005). Un modo per aumentare il numero di persone consapevoli del loro stato di sieropositività è quello di espandere gli sforzi di prevenzione dell'HIV per raggiungere più persone e soprattutto i target ad alto rischio di infezione, ma che non possono accedere ai test HIV presso i servizi di assistenza alla salute. Le persone che non sono consapevoli del proprio stato sierologico positivo non possono beneficiare di trattamento antiretrovirale (Dybul et al., 2002; Palella Jr. et al., 1998), e hanno più probabilità di avere comportamenti a rischio rispetto ad una persona sieropositiva consapevole del proprio stato sierologico. (Marks et al., 2005). Gli studi hanno dimostrato che l'offerta di consulenza sull'HIV e di test HIV in comunità con scopo di sensibilizzazione può essere una strategia efficace per identificare le persone con infezione da HIV non identificata (CDC 2007, 2004). Efficaci meccanismi di test HIV rapidi sono già in uso nel mondo, compresi alcuni paesi in Africa (Steen et al., 2007). La diffusione di prodotti innovativi come i test rapidi, che forniscono risultati in meno di 30 minuti e oltre il 99% sia in sensibilità che in specificità rappresenta un'ulteriore opportunità nel campo della prevenzione dell'HIV (Branson et al., 2007; Doyle, 2005). Inoltre, questi test consentono l'utilizzo di campioni oltre dal sangue, saliva e urina (Wolf & Walensky, 2007). Recentemente, l'implementazione dei test rapidi per l'HIV è lo strumento che l'OMS ha scelto per lavorare in modo più efficace ampliando la propria offerta. Inoltre, il rilascio di nuovi test rapidi più recenti di generazione 4.5 ha permesso di raggiungere una specificità e un risultato positivo predittivo di circa il 100%. Pertanto, il test rapido dell'HIV è suggerito come un modo promettente per aumentare la percentuale di persone che accedono allo screening. I risultati preliminari dei test rapidi sono disponibili dopo soli 10-40 minuti dalla raccolta e analisi del campione. Inoltre, un controllo presso un centro di diagnosi e cura mst/ist non è richiesto ai soggetti con un risultato negativo preliminare, questo riduce i costi sostenuti dal sistema (CDC, 2001; Branson et al., 2006). Tutte le linee guida internazionali e gli studi evidenziano l'efficacia dell'uso dei test rapidi per l'HIV, in particolare quelli organizzati in collaborazione con la comunità. Tuttavia, non sono ancora stati analizzati quali devono essere gli elementi organizzativi che devono essere considerati e che dovrebbero essere presenti nello sviluppo di servizi diagnostici che utilizzano il test HIV rapido. A tal fine vengono accentuati gli elementi ottenuti da un'analisi già svolta. Ai fini di fornire, confermare o rifiutare un possibile utilizzo dei risultati ottenuti dall'analisi sistematica, viene considerato il caso studio dell'Odv Casa Arcobaleno quale caso significativo di verifica di ciascun elemento organizzativo.

1.1 Contesto di riferimento

Nel 2018, secondo i dati diffusi dal SeReMi, i e le piemontesi che hanno scoperto di aver acquisito l'infezione da HIV sono 198 (4,5 casi ogni 100.000 abitanti). È il valore più basso che si è registrato a partire dal 2000. La classe di età con il tasso di incidenza più elevato (11,9) risulta quella tra i 25 e i 34 anni di età. I e le giovani di meno di 25 anni con nuova diagnosi di HIV nel 2018 sono 26. L'infezione da HIV rimane un grave problema di salute pubblica nei paesi dell'EEA con circa 26164 (5,6 casi ogni 100.000 abitanti) nuove infezioni notificate ogni anno. La maggior parte (79%) delle persone con diagnosi di HIV nel 2018 sono uomini e la frequenza più alta di segnalazioni (41%) è attribuibile ai rapporti sessuali tra uomini. Nel 2018, il tasso di incidenza complessivo è rimasto sostanzialmente stabile come è rimasta pressoché uguale la percentuale di

trasmissione tra uomini. Nel 2017, sono stati segnalati 29.365 casi di sifilide nei paesi dell'EEA. L'aumentata incidenza dei casi con informazioni sulla modalità di trasmissione riguardano MSM (Uomini che fanno sesso con uomini) ma pare anche associata al diffondersi di comportamenti sessuali ad alto rischio in questa popolazione come il sesso non protetto. Invece, i tassi tra le donne sono diminuiti nel tempo. Nel 2017 e nel 2018 i nuovi casi di HIV diagnosticati nei centri IST del Piemonte sono rispettivamente 261 e 201, pari ad un tasso di incidenza di 5,8 casi su 100.000 abitanti nel 2016 e 4,5 casi su 100.000 abitanti nel 2018. Il dato relativo al 2018 risulta il più basso di tutto il periodo di osservazione (2000-2018), la riduzione del numero di casi rispetto al 2017 è del 22%. A livello regionale sono diminuiti di circa 60 casi rispetto all'anno precedente. (dati HIV/aids in piemonte aggiornamento 2018 SEREMI ASL AL). L'analisi condotta tiene conto dei dati del 2018 in quanto coerenti con la ricaduta dell'attività progettuale svolta nel 2019.

1.2 Caratteristiche del servizio offerto in Piemonte

Le strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che offrono il test HIV devono assicurare: la gratuità della prestazione, l'accesso diretto e l'anonimato a tutte le persone che ne fanno richiesta e prevedere procedure adeguate a rendere massima la confidenzialità dell'esito e delle informazioni sulla persona che richiede il test.

Le strutture del SSR che offrono il test HIV devono garantire direttamente, o indirettamente tramite il raccordo con centri specializzati, procedure diagnostiche appropriate, attività di prevenzione, trattamento e cura, facilitando la presa in carico tempestiva in caso di positività. È indicata la realizzazione di interventi di prevenzione che prevedano l'offerta del test rapido in contesti strategici al fine di aumentare le diagnosi precoci e raggiungere le persone che con più difficoltà utilizzano i servizi sanitari. L'offerta attiva del test HIV rapido promossa da organizzazioni che operano al di fuori del SSR (associazioni, terzo settore) deve prevedere il coinvolgimento dei centri clinici specialistici (malattie infettive, centri IST) delle ASR. In particolare, devono essere predisposti protocolli e procedure relativi ai seguenti aspetti: formazione del personale coinvolto nell'offerta del test, comunicazione dell'esito del test, invio delle persone risultate positive ai centri di malattie infettive per la conferma del risultato (convalida dei risultati invalidi e positivi) e la presa in carico, smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio biologico. Tutti gli operatori del SSR che vengono in contatto con persone che hanno comportamenti sessuali ad alto rischio di infezione di HIV devono proporre sistematicamente il test HIV. Tutte le persone che si rivolgono ai centri IST regionali deve essere offerto attivamente e sistematicamente il test HIV. Il test HIV deve essere offerto attivamente a tutte le persone che hanno subito una violenza sessuale secondo i criteri, i tempi e le modalità previsti dai protocolli per l'offerta della profilassi post-esposizione. Il test HIV deve essere offerto attivamente e sistematicamente a tutte le persone:

- o che hanno fatto o fanno uso, anche saltuario, di droghe per via iniettiva e non iniettiva;
- o che sono in carico ai serD (Servizi Pubblici per le Dipendenze, oppure serT: Servizio Tossicodipendenze);
- o che sono originarie di paesi ad alta endemia di HIV (prevalenza >1% - riferimento alle stime UNAIDS) alla prima occasione in cui si rivolgono alle strutture del SSR o a servizi dedicati alla tutela della loro salute, indipendentemente dai comportamenti a rischio riferiti;
- o che presentano sintomatologia suggestiva di infezione acuta da HIV;
- o che presentano patologie comprese nella definizione di aids o associate all'infezione da HIV; l'offerta del test in questi casi è fortemente raccomandata e deve essere sistematica;
- o che presentano una condizione o patologia la cui gestione può essere influenzata dalla conoscenza dello stato sierologico per HIV;

Il test HIV deve essere offerto a tutte le donne in epoca pre-concezionale, al momento del riscontro della gravidanza e successivamente durante la gestazione, se si verificano esposizioni a rischio.

L'offerta del test in questi casi è fortemente raccomandata e deve essere sistematica.

Il test HIV deve essere offerto ai partner delle donne in gravidanza o che intendono iniziarne una.

L'offerta del test in questi casi è fortemente raccomandata e deve essere sistematica. Il personale sanitario che assiste le donne al parto deve verificare che sia stato eseguito il test HIV durante la gravidanza. Se questo non è avvenuto, dovrà essere offerto il test con procedura d'urgenza al fine di potere prendere le opportune decisioni sugli interventi di profilassi da mettere in atto, incluse le modalità di espletamento del parto. Il test HIV è obbligatorio per tutti i donatori di sangue o emocomponenti, di organi, tessuti e cellule. Il test HIV deve essere sistematicamente offerto a tutte le persone con esposizione accidentale percutanea (ferite da taglio, da punta, contaminazioni mucose e/o di cute non integra), a materiale potenzialmente infetto secondo i criteri, i tempi e le modalità previsti dai protocolli per la profilassi post-esposizione a HIV. I test immunometrici di 4a generazione (test di I livello) sono i test di scelta indicati per la diagnosi di infezione da HIV in particolare per i casi di sospetto di infezione acuta o recente e se il test viene eseguito per la donazione d'organo e di emocomponenti. Devono essere utilizzati test immunometrici che ricercano sia anticorpi diretti contro hiv1 che hiv2 e che siano sensibili al sottogruppo o di hiv-1. I risultati positivi o dubbi ai test di I livello devono sempre essere confermati mediante Western Blot/Immunoblotting (test di II livello o di conferma) e/o HIV RNA. Nel caso i risultati dei test sierologici non siano conclusivi si ricorda che risulta determinante la ricerca di HIV RNA effettuabile presso i laboratori di riferimento. I laboratori che eseguono i test sierologici anti-hiv devono preferenzialmente lavorare su provetta madre, inserire all'interno di ciascuna seduta un controllo di qualità interno e partecipare ad un programma di valutazione esterna di qualità (VEQ) su base regionale, nazionale o internazionale.

Per quanto riguarda l'interpretazione del risultato e refertazione del test sierologico per anticorpi anti HIV:

- Il risultato negativo del test immunometrico di I livello (screening) indica assenza di infezione da hiv se eseguito dopo 3 mesi dall'ultima esposizione potenzialmente a rischio;
- In caso di reattività del test immunometrico di I livello, deve essere sempre eseguito il test di conferma Western Blot e/o HIV RNA (test di II livello);
- Nel caso di risultati discordanti (test I livello reattivo/western blot/immunoblot negativo o indeterminato) è indicata l'esecuzione HIV RNA tramite l'invio del campione presso i laboratori di riferimento. Nel caso di sospetta infezione acuta da hiv, il test di scelta è HIV RNA (fase "finestra");
- Il referto deve riportare il risultato del test come "positivo"/"reattivo" o "negativo"/"non reattivo" insieme alle informazioni sul metodo utilizzato per l'esecuzione dei test (elisa, chemiluminescenza, etc.);
- La refertazione di un risultato "positivo"/"reattivo" deve essere effettuata solo dopo conferma del risultato al test immunometrico di I livello con il test di conferma western blot/immunoblotting e/o HIV RNA;
- I tempi di refertazione dei test devono essere contenuti di norma entro una settimana;
- Ogni referto di positività/reattività per hiv deve essere consegnato esclusivamente alla persona a cui l'esame si riferisce, con counselling post test e contatto con Centro di Malattie Infettive per invio del paziente.

Per quanto riguarda i test rapidi per anticorpi anti-HIV:

- L'operatore (sanitario e non), opportunamente formato, che offre il test rapido per hiv deve effettuare la valutazione del rischio di acquisizione dell'infezione della persona che si sottopone al test;
- Il risultato del test rapido per hiv deve essere comunicato verbalmente durante un colloquio e va contestualizzato in base alla valutazione del rischio di acquisizione dell'infezione da hiv della persona che si sottopone al test. Quando la persona ha riferito esposizioni dubbie o note nei tre mesi precedenti l'esecuzione del test, l'operatore deve proporre l'invio della persona a un centro di malattie infettive ed eventualmente la ripetizione del il test a distanza di 3 mesi dall'ultima esposizione;
- La positività di un test rapido deve essere sempre confermata con altre metodiche di riferimento, secondo gli algoritmi procedurali previsti per il test convenzionale di screening (I livello);
- Il risultato reattivo del test può essere interpretato come "preliminarmente positivo", ma necessita sempre e comunque dell'esecuzione di un test di conferma su campione ematico e la presa in carico della persona da parte di centro di malattie infettive.

2. Metodologia e obiettivo

Il gruppo di studio ha condotto una revisione sistematica della letteratura identificando le pubblicazioni attraverso la banca dati bibliografica TUTTO. Questo include: Scopus (Elsevier), MEDLINE/PudMed, ScienceCitation Index Expanded (Web of Science), Social Sciences Citation Index (Web of Science) ProQuest Psychology Journals, ScienceDirect Journals (Elsevier), ProQuest Sociology, SociologicalAbstracts, PMC (PubMed Central), SpringerLink, Social Services Abstracts, Taylor & Francis Online – Journals, Informa - Taylor & Francis (CrossRef), Directory of Open Access Journals (DOAJ), JSTOR Archival Journals, Wiley Online Library, Wiley (CrossRef), BMJ Journals (BMJ Publishing Group), Wolters Kluwer - Ovid - Lippincott Williams & Wilkins (CrossRef), Lippincott Williams & Wilkins Journals (Wolters Kluwer Health). I termini "test HIV e community based" sono state utilizzate sia individualmente che congiuntamente per la ricerca, e sono stati selezionati solo gli articoli in inglese e in italiano hanno, sebbene il database abbia identificato solo articoli in inglese. La bibliografia comprendeva periodici peer review, compresi articoli e documenti di conferenze. La ricerca ha preso in considerazione tutte le fonti identificabili del periodo tra il 2008 e il 2017. Le citazioni identificate nella ricerca della letteratura sono state presentate nel titolo e sull'abstract. L'obiettivo è quello di individuare le principali caratteristiche organizzative relative alla gestione dei test rapidi HIV nella letteratura internazionale e in diversi contesti nazionali. Dopo una prima fase di analisi che ripete i risultati ottenuti dallo studio condotto da (Biancone, Secinaro, Brescia & Bert, 2018), lo studio si concentra sulla sussistenza degli elementi individuati dalla letteratura nel caso Studio Odv Casa Arcobaleno coadiuvato da Arcigay "Ottavio Mai" di Torino . Il caso studio è significativo perché best practice nella Regione Piemonte per la somministrazione di test rapidi hiv e sifilide in un contesto community-based (Tradori et al., 2017, 2017a). Le attività sono consolidate nel tempo e la veridicità è stata consolidata attraverso i bilanci sociali realizzati per il 2018 e il 2019 (Brescia & Iannaci, 2019; Brescia V., Tradori V., & Bert F., 2020) certificati attraverso il metodo Piemonte dell'Ordine dei Dottori Commercialisti di Torino, Pinerolo e Biella. Il caso studio come evidenziato dalla letteratura ha una ricaduta positiva sulla comunità maggiore di quella che potrebbe essere riscontrata nel contesto ospedaliero (Brescia et al., 2019a).

2.1 Selezione delle pubblicazioni

La ricerca ha ottenuto 53.321 risultati. Dopo aver scartato i duplicati e i risultati irrilevanti, sono stati selezionati 31 articoli, dopo la lettura di ogni documento ne sono stati scartati 6 articoli a causa dell'assenza di almeno 3 criteri considerati significativi nell'analisi tra quelli analizzati (tipo di test, frequenza di somministrazione, tipo di popolazione a cui è stato somministrato il test, impostazione di gestione), sono stati selezionati complessivamente 25 lavori. Per ogni articolo sono stati raccolti dati: sul paese di studio, sulla percentuale di incidenza dell'HIV sulla popolazione, sui tipi di test HIV, sulle impostazioni di somministrazione del test, sugli orizzonti temporali, sulla popolazione beneficiaria, sui tipi di enti che hanno effettuato la ricerca e sui tipi di finanziamento dei fondi utilizzati, sulla presenza di personale volontario e non sanitario, sul collegamento con un ente pubblico di riferimento per il coinvolgimento di persone sieropositive, sulla presenza di psicologi o consulenti nel servizio, sulla frequenza di somministrazione dei test, sull'importo e sui tipi di costi del servizio.

Il processo di screening è riassunto nel diagramma di flusso (Figura 1). Gli articoli che sono considerati nell'analisi condotta si riferiscono a diversi progetti con caratteristiche diverse e possono essere identificati nella tabella 1.

Figura 1 Diagramma di flusso dell'analisi metodologica

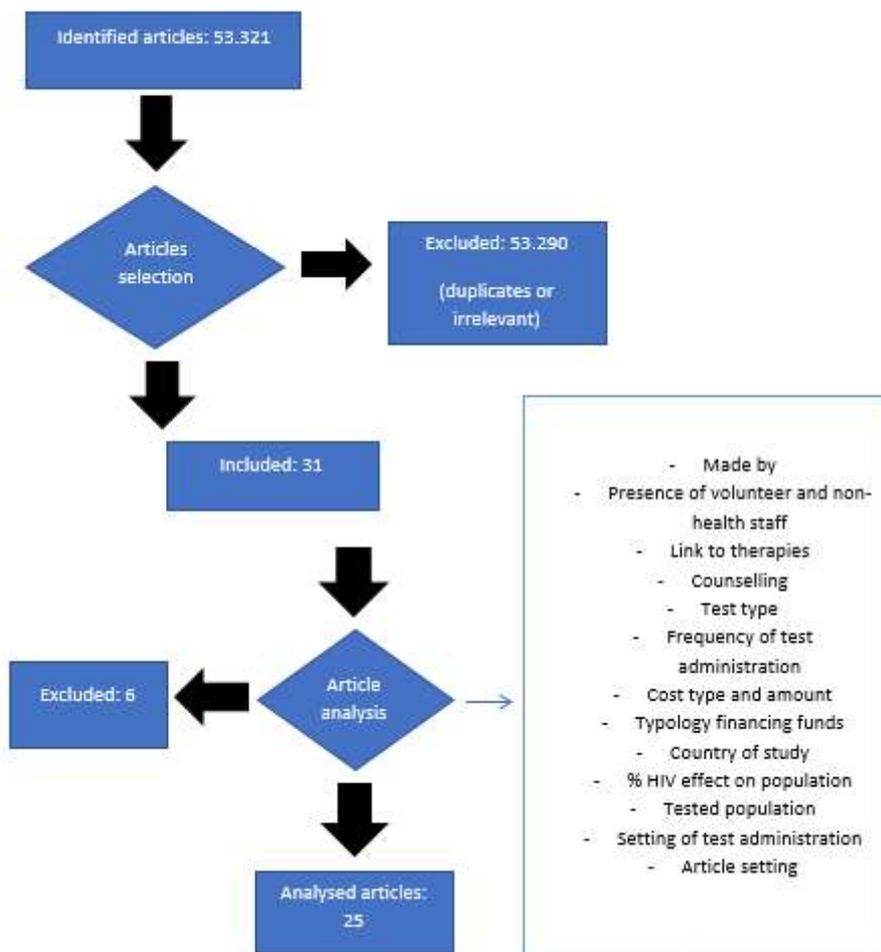


Table 1: the articles that are considered in the conducted analysis:

Tracking number	Title	Publication year	Doi
1	Implementation of Rapid Testing Programs in Community and Outreach Settings: Perspectives from Staff at Eight Community-Based Organizations in Seven U.S. Cities	2008	10.1177/00333549081230s311
2	Cost-Effectiveness of Finding New HIV Diagnoses Using Rapid HIV Testing in Community-Based Organizations	2008	10.1177/00333549081230s312
3	Rapid HIV Testing in Transgender Communities by Community-Based Organizations in Three Cities	2008	10.1177/00333549081230s313
4	Scope of Rapid HIV Testing in Private Nonprofit Urban Community Health Settings in the United States	2008	10.2105/ajph.2007.111567
5	Provider-related Barriers to Rapid HIV Testing in U.S. Urban Non-profit Community Clinics, Community-based Organizations (CBOs) and Hospitals	2008	10.1007/s10461-008-9456-3
6	Knowledge of HIV status prior to a community HIV counseling and testing intervention in a rural district of south Africa: results of a community based survey	2012	10.1186/1471-2334-12-73
7	Number and timing of antenatal HIV testing: Evidence from a community-based study in Northern Vietnam	2011	10.1186/1471-2458-11-183
8	High acceptance of home-based HIV counseling and testing in a urban community setting in Uganda	2011	10.1186/1471-2458-11-730
9	Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme	2013	10.1186/1471-2458-13-791
10	Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles	2014	10.1186/1471-2458-14-1226

11	Risk factors for HIV and STI diagnosis in a community-based HIV/STI testing and counselling site for men having sex with men (MSM) in a large German city in 2011-2012	2015	10.1186/s12879-014-0738-2
12	Same day ART initiation versus clinical-based pre-ART assessment and counselling for individuals newly tested HIV-positive during community-based HIV testing in rural Lesotho – a randomized controlled trial (CASCADE trial)	2016	10.1186/s12889-016-2972-6
13	Using participatory methods and geographic information systems (GIS) to prepare for an HIV community-based trial in Vulindlela, South Africa (Project Accept - HPTN 043)	2009	10.1002/jcop.20294
14	The prevalence and correlates of receiving confirmatory HIV test results among newly diagnosed HIV-positive individuals at a community-based testing center	2012	10.1521/aeap.2012.24.5.445
15	Counselor-Based Rapid HIV Testing in Community Pharmacies	2013	10.1089/apc.2013.0076
16	Evaluation of Pharmacy-Based HIV Testing in a High-Risk New York City Community	2015	10.1186/1471-2334-14-s2
17	Home-based HIV counseling and testing: Client experiences and perceptions in Eastern Uganda	2012	10.1186/1471-2458-12-966
18	Programmatic Evaluation of a Combined Antigen and Antibody Test for Rapid HIV Diagnosis in a Community and Sexual Health Clinic Screening Programme	2011	10.1371/journal.pone.0028019
19	Early Identification of HIV: Empirical Support for Jail-Based Screening	2012	10.1371/journal.pone.0037603
20	Biomarker-Based HIV Incidence in a Community Sample of Men Who Have Sex with Men in Paris, France	2012	10.1371/journal.pone.0039872
21	Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANSR-DRAG Study)	2013	10.1371/annotation/73d8610b-c201-4889-889e-db0fba5a3ddc
22	Home-Based HIV Testing for Men Who Have Sex with Men in China: A Novel Community-Based Partnership to Complement Government Programs	2014	10.1371/journal.pone.0102812
23	Community-Based HIV-1 Early Diagnosis and Risk Behavior Analysis of Men Having Sex with Men in Hong Kong	2015	10.5353/th_b5177298
24	Uptake of Community-Based Peer Administered HIV Point-of-Care Testing: Findings from the PROUD Study	2016	10.1371/journal.pone.0166942
25	Investigating Recent Testing among MSM: Results from Community-Based HIV Rapid Testing Attendees in France	2013	10.1155/2013/648791

3. Discussione e risultati

3.1 Somministrazione del test

Per quanto riguarda l'impostazione della somministrazione del test, in tutti gli articoli i partecipanti si sono sottoposti al test volontariamente e prima di fare il test, erano sempre tenuti a dare il loro consenso informato e la garanzia del loro anonimato; in quasi tutti i progetti descritti, la compilazione dei questionari è stata fatta su variabili socio-demografiche, economiche, personali (ad es. storia) e variabili strutturali (ad es. collegamento alle terapie, informazioni sugli alloggi, stato di salute, se è mai stato verificato). Inoltre, è stato offerto un servizio di consulenza pre-test, a riprova del fatto che linee guida comuni sono applicate in tutto il mondo.

La strategia di amministrazione in tutti gli articoli è sempre stata la stessa (ad esclusione dei test a domicilio): offrire il test nei luoghi in cui si incontrano le popolazioni più a rischio per aumentare la copertura e ampliare la campagna di sensibilizzazione. Molti progetti hanno somministrato test rapidi cercando di raggiungere direttamente l'utente attraverso furgoni con area di test (Clark et al., 2008; Shrestha et al., 2008; Sekandi et al., 2011; Chirowodza et al., 2009) in luoghi con maggiori affluenza del target che si intendeva testare, come parchi, parcheggi, case popolari, scuole superiori, comunità per i giovani, comunità di centri sanitari, angoli delle strade, rifugi per i senzatetto, siti per

lo scambio di siringhe, centri per il trattamento dell'abuso di sostanze, mense per i poveri, fiere della salute, bar/discoteche, eventi del gay pride, prigionieri, SRO (Clark et al., 2008; Shrestha et al., 2008; Chirowodza et al., 2009; Feldman et al., 2012; Taegtmeier et al., 2011; Tao et al., 2014; Liang et al., 2015; Lazzaro et al., 2016). Tra gli altri luoghi per la somministrazione clinica (Shrestha et al., 2008), o reti o associazioni di riferimento sociale (Schulden et al., 2008; Bogart et al., 2008; Bogart et al., 2010; Labhardt et al., 2016; Kyaddondo et al., 2012; De Voux et al., 2012; Le Vu et al., 2012; Lazarus et al., 2016; Lorente et al., 2013B) Internet e i social network (Schulden et al., 2008; Marlin et al., 2014; Lorente et al., 2013A; Lazarus et al., 2016) o in alcuni casi con il porta a porta offrendo iniziative ad una comunità definita (Tabana et al., 2012; Hahn et al. 2011; Hoyos et al., 2013; Marcus et al., 2015; Amesty et al., 2015; Lorente et al., 2013A) anche attraverso l'amministrazione in luoghi di culto come chiese e moschee (Amesty et al., 2015). In un caso, i test sono stati somministrati direttamente in farmacia dal personale (Calderon et al., 2013). Le aree geografiche di somministrazione sono diverse: Los Angeles - Long Beach, New York, Miami, Chicago, Atlanta, Boston, Indianapolis, Newark, Oakland, Riverside, San Bernardino, St Louis, Washington; Quang Ninh, provincia nord del Vietnam, Sud Africa, Africa Subsahariana, distretto di Butha-Buthe, a nord del Lesotho, Parigi, Nizza e Marsiglia. Le aree geografiche dove si concentrano i progetti di test HIV rapidi sono quelli statunitensi e sudafricani.

Gli articoli analizzati vanno dal 2008 al 2016. In particolare, ci sono 5 articoli del 2008, 1 del 2009, 3 del 2011, 5 del 2012, 4 del 2013, 2 del 2014, 3 del 2015 e 2 del 2016.

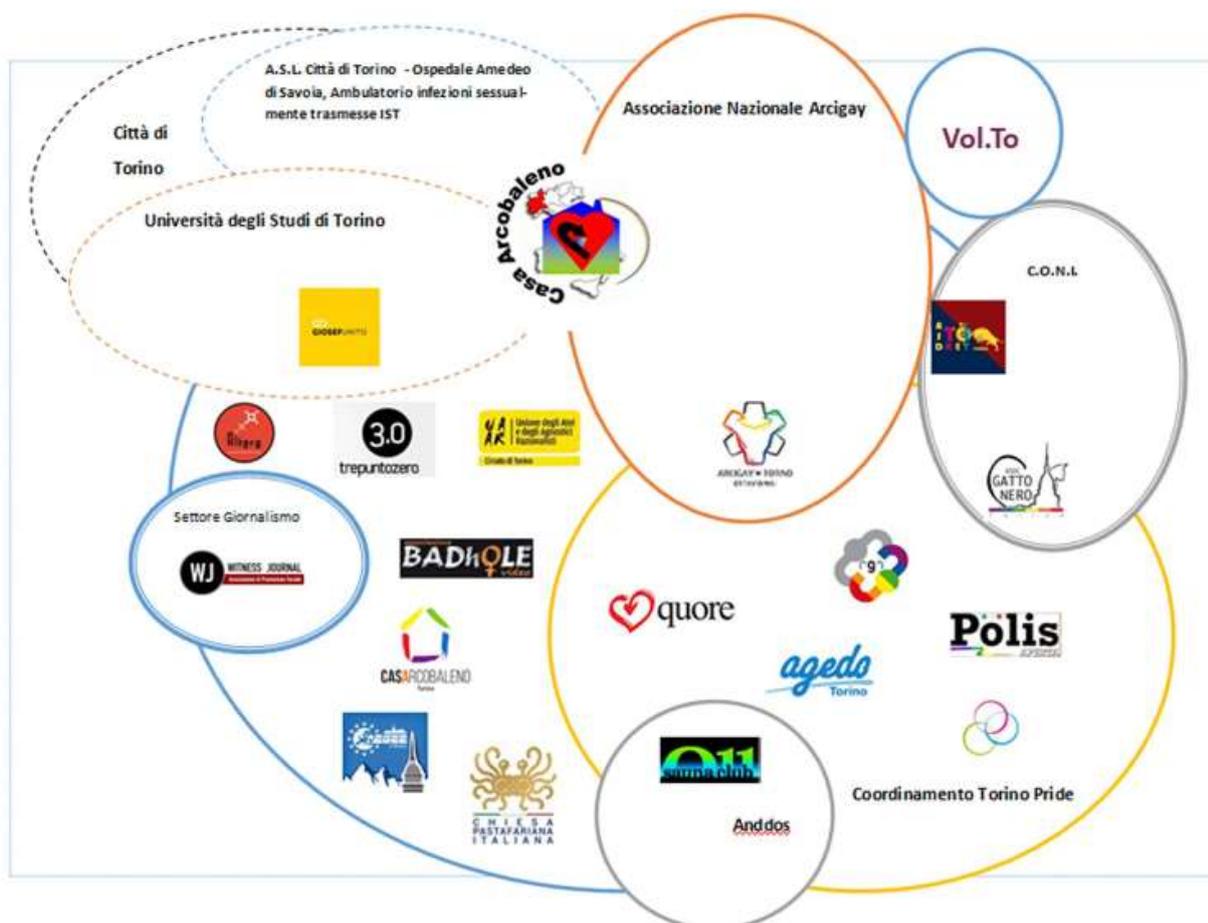
Tre quarti degli studi sono stati realizzati da enti pubblici, gli altri dal CBO (Community Based Organization).

Sistema sanitario vietnamita, programmi delle Nazioni Unite, IRB (Institutional Review Committee), ospedali e università pubbliche, programmi approvati direttamente dal CDC (Centers for Disease Control e Prevenzione). Gli enti privati stranieri, invece, sono per lo più organizzazioni senza scopo di lucro, come le ONG e università private.

Somministrazione del test Odv Casa Arcobaleno

Odv Casa Arcobaleno fa parte di un network informale di politiche e reti che definiscono l'impatto sull'ambiente circostante. Casa Arcobaleno è anche il nome della sede data in concessione ad Arcigay "Ottavio Mai" di Torino dalla Città di Torino. L'Associazione collabora con diverse istituzioni direttamente o indirettamente tra cui Istituzioni Pubbliche (Città di Torino e Università degli Studi di Torino) e private (Centro Servizi per il Volontariato Vol.To). All'interno della stessa struttura chiamata appunto Casa Arcobaleno sono presenti 22 Associazioni con più di 500 soci che svolgono abitualmente attività di interesse comune e che fungono anche da canale ricettivo per tutte le attività community based svolte all'interno della struttura. L'ampiezza del network e l'impatto sul contesto può essere visualizzato in Figura 2.

Figura 2. Network casa arcobaleno



Fonte: Bilancio Sociale Odv Casa Arcobaleno 2019.

Odv Casa Arcobaleno si sviluppa e lavora pertanto in un CBO (Community Based Organization), la collaborazione con l'Università degli Studi di Torino degli output di processo in fase di analisi. Il caso studio pertanto rientra tra quelli individuati in letteratura nei paesi maggiormente sviluppati.

3.2 Presenza del personale nel progetto di test

A parte 10 articoli in cui non è specificato, il personale volontario è quasi sempre presente, anche perché la maggior parte dei test sono rapidi e vengono effettuati all'interno di CBO e ONG dove ci sono persone istruite ma volontarie. Nell'articolo "Programmatic Evaluation of a Combined Antigen and Antibody Test for Rapid HIV Diagnosis in a Community and Sexual Health Clinic Screening Programme" tenutosi a Liverpool, Regno Unito, nel 2011, tuttavia, si specifica che il personale di questo studio, pur essendo volontario, proviene da cliniche urogenitali ed è quindi rappresentato da professionisti, anche se il tipo di test è rapido e viene effettuato all'interno dei CBO, evidenziando, tuttavia, che nel caso di un esito reattivo viene effettuato un test di conferma (Test di 4° generazione) seguito da un'altra linea di test di conferma immunologica (LIA, Inno-LiaHIV-1 / HIV-2 Ab Innogenetica, Belgio).

Solo in due articoli è scritto chiaramente che non era presente personale volontario ed entrambi gli studi si concentrano a New York City e più specificamente nelle farmacie del Bronx, Manhattan,

East Harlem e Central Harlem, dove il test viene effettuato dai farmacisti. Questi quartieri sono punti strategici perché con un'alta prevalenza di HIV, infatti NYC è una delle città con il più alto tasso di nuove diagnosi di HIV negli Stati Uniti, con l'1,4% della popolazione di New York che convive con l'AIDS.

Invece, nell'articolo "Expanding Access to Non-Medicalized Community-Based Rapid Testing to Men Who Have Sex with Men: An Urgent HIV Prevention Intervention (The ANSR-DRAG Study del 2013, tenutosi a Parigi, Nizza e Marsiglia, che mette a confronto l'offerta CBO (community based test, in contesti non clinici), e l'offerta SMO (offerta sanitaria standard), ha spiegato come nel primo tipo di offerta il personale era volontario e nel secondo tipo di offerta il personale era solo sanitario.

Dal confronto degli articoli, si nota che la presenza di personale volontario coincide anche con la presenza di personale non sanitario, oltre al già citato articolo "Programmatic Evaluation of a Combined Antigen and Antibody Test for Rapid HIV Diagnosis in a Community and Sexual Health Clinic Screening Programme" dello studio di Liverpool, dove il personale era volontario ma rappresentato da professionisti, poi da personale sanitario (Taegtmeyer et al., 2011). L'articolo sulla ricerca condotta in Francia (Parigi, Nizza e Marsiglia) afferma che solo il personale sanitario è presente (Le Vu et al., 2012).

In tutti gli articoli in cui è stato citato questo tema (19 su 25), il servizio di consulenza era presente (Shrestha et al., 2008; Schulden et al., 2008; Bogart et al., 2010; Tabana et al., 2012; Hahn et al. 2011; Sekandi et al., 2011; Hoyos et al., 2013; Marcus et al., 2015; Labhardt et al., 2016; Feldman et al., 2012; Calderon et al., 2013; Amesty et al., 2015; Kyaddondo et al., 2012; De Voux et al., 2012; Lorente et al., 2013A; Tao et al., 2014; Liang et al., 2015; Lazzaro et al., 2016; Lorente et al. al., 2013B); quindi in linea con i criteri di analisi della normativa e della letteratura. In diversi casi la consulenza viene effettuata prima della somministrazione del test, in alcuni casi è possibile definire il tipo di test da somministrare (HIV o altre infezioni sessualmente trasmissibili), in altri è correlato a consulenza post-test. La consulenza è sempre offerta in un'area che garantisce la privacy. Solo in un caso la consulenza viene offerta per telefono, poiché il risultato del test viene inviato via e-mail.

Personale Odv Casa Arcobaleno

L'Associazione ha volontari di Odv Casa Arcobaleno e di Arcigay "Ottavio Mai" di Torino, in media sono state svolte 360 ore di volontariato in un anno, l'attività di risk assessment e accompagnamento è a carico di personale volontario non sanitario e di uno psicologo, mentre l'attività di counseling clinico è a carico di persone medico che si occupa anche di effettuare la somministrazione diretta e lettura del test. L'attività risponde alla legge prevista specificamente per attività di testing in contesto extraospedaliero dalla Regione Piemonte e che trova evidenza in Tradori et al., (2017) verso la popolazione maggiormente a rischio per comportamento sessuale. L'attività conferma pertanto la tendenza a erogare il test in presenza sia di personale volontario che non sanitario, le specializzazioni mediche coinvolte sono differenti e provengono dal territorio della provincia di Torino, tutti coinvolti direttamente nel servizio sanitario regionale o indirettamente attraverso Cooperative appaltatrici di servizi sanitari specialistici domiciliari. La formazione specifica per erogare i test ha coinvolto personale medico e volontari non sanitari durante le prime edizioni relativi a progetti testing HIV/AIDS da parte dell'INMI Spallanzani di Roma, Ospedale San Raffele di Milano e da Arcigay Nazionale attraverso progetti di testing rapido coordinati e avviati dal Ministero della Salute Italiana. La formazione successiva avviene attraverso un percorso di formazione interna strutturati e di aggiornamento periodico grazie a reti informali. La presenza mista di personale sanitario e non sanitario conferma quanto dedotto dalla letteratura a livello

organizzativo per i servizi di testing. Inoltre, i test utilizzati sono di quarta generazione e vengono effettuati su sangue superando le limitazioni di specificità, sensibilità e periodo finestra che il test rapido salivare poteva causare (Biancone et al., 2018a; Tradori, 2017). Da evidenziare che la somministrazione del test avviene sotto il controllo del medico anche con l'ausilio di personale non sanitario ma con competenze specifiche sviluppate (studenti di medicina già impegnati in associazioni di volontariato sanitario del sistema 118).

3.3 Esistenza di un rapporto con l'ente pubblico di riferimento per la presa in carico in caso di positività

Solo 7 articoli trattano, nel contesto, questo tema e in tutti i 7 articoli che lo citano, questo rapporto esiste. In particolare, questo tema è trattato in vari modi:

- In "High acceptance of home-based HIV counseling and testing in a urban community setting in Uganda", condotta sulla popolazione di Rubaga (divisione della città di Kampala, Uganda), dove le persone sieropositive al test sono state invitate a recarsi in un centro di cura per l'HIV di loro preferenza, mentre ai negativi è stato offerto un servizio di consulenza (Kyaddondo et al., 2012);

- In "Counselor-Based Rapid HIV Testing in Community Pharmacies", condotto a NYC (Bronx e Bronx)

Manhattan, caratterizzata da un'alta prevalenza di infezione da HIV), la farmacia, dove i test rapidi sono stati somministrati, ha fatto sì che tutti i pazienti risultati positivi ai test preliminari, potessero accedere alle cure il giorno stesso. Infatti, in caso di positività, il risultato è stato immediatamente notificato al direttore della clinica di riferimento per l'HIV e il paziente è stato portato all'ospedale in taxi. Dopo di che è stato fissato un appuntamento per tornare in ospedale dopo 3 giorni per ottenere i risultati del test di conferma. Tuttavia, i clienti sono stati lasciati liberi di rifiutare l'accesso diretto per la cura;

- In "Evaluation of Pharmacy-Based HIV Testing in a High-Risk New York City Community" condotto a NYC (quartieri di East Harlem e Central Harlem), entro 1 settimana è stato programmato l'appuntamento per il test di conferma per i clienti che si sono dimostrati positivi al test preliminare in farmacia, per favorire l'accesso alle cure (Amesty et al., 2015);

- In "Home-based HIV counseling and testing: Client experiences and perceptions in Eastern Uganda", condotto sulla popolazione del Distretto di Kumi nell'Uganda orientale, gli intervistati ha riferito che il servizio HBHCT (consulenza e test dell'hiv a domicilio) ha permesso loro di iniziare il trattamento immediato in caso di test sieropositivo (Kyaddondo et al., 2012);

- In "Home-based HIV counseling and testing: Client experiences and perceptions in Eastern Uganda" condotto a Liverpool (Regno Unito), tutti i partecipanti diagnosticati positivi al test rapido, sono stati messi in contatto con la clinica di medicina urogenitale al Royal Liverpool e al Broadgreen Hospital per la cura completa dell'HIV, compresa la valutazione di terapia antiretrovirale (Kyaddondo et al., 2012);

- In "Early Identification of HIV: Empirical Support for Jail-Based Screening", effettuato nelle carceri di diverse città degli Stati Uniti, uno degli obiettivi di questo progetto è stato quello di garantire la connessione con i medici, quando i clienti erano fuori di prigione. La maggior parte dei detenuti ha avuto bassi livelli di permanenza in carcere e poi ha iniziato le cure appena usciti; per quanto riguarda quei pochi pazienti che hanno avuto un lungo periodo di permanenza, l'ARTE e le successive fasi del trattamento sono state effettuate all'interno del carcere stesso, perché il servizio di assistenza all'interno era fattibile (De Voux et al., 2012);

- In "Home-Based HIV Testing for Men Who Have Sex with Men in China: A Novel Community-Based Partnership to Complement Government Programs", condotto sugli uomini di Pechino-Cina che hanno rapporti omosessuali, i clienti che si sono dimostrati positivi al test rapido nell'autotest

Caso Ody Casa Arcobaleno rapporto con l'Ospedale Amedeo di Savoia.

A tutti i soggetti maggiorenni afferenti ai luoghi di svolgimento selezionati nel periodo in studio è stato proposto di sottoporsi volontariamente al test per HIV a risposta rapida con goccia di sangue. Le persone con test reattivo sono state inviate con un percorso facilitato presso il Centro di Cura di riferimento (Reparto malattie infettive dell'Amedeo di Savoia ex.ASL TO 2 – dott. Dal Conte Ivan) per l'effettuazione del test di conferma e per il follow up clinico. Il rapporto tra associazione e Ospedale specialistico è garantito da un rapporto diretto svolto dal coordinatore medico presente al momento della reattività del test. Un accompagnamento a volte diretto viene svolto al fine di garantire l'accesso alla diagnosi e la conta dei CD4. L'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino inaugurato nel gennaio 1900 come ospedale per malattie infettive, fa parte dei servizi ospedalieri gestiti dalla Azienda Sanitaria ASL Città di Torino ed è al momento l'ospedale di riferimento della Regione Piemonte, sebbene sia presente una riorganizzazione dei servizi. Il comprensorio ospedaliero, strutturato secondo una disposizione a padiglioni separati, è composto dall'ospedale Amedeo di Savoia, che è il riferimento regionale per la diagnosi e la cura delle malattie infettive, e dal padiglione Birago di Vische, a cui fanno capo le attività di medicina interna e geriatria. Il laboratorio di microbiologia e virologia è centro di riferimento della Regione Piemonte per la sorveglianza virologica dell'influenza della rete Influnet, registrato presso il Centro europeo di controllo delle malattie (ECDC) di Stoccolma. Il laboratorio effettua test per la diagnosi e la gestione delle malattie infettive mediante tecniche di biologia molecolare di alta specializzazione. Il laboratorio si avvale delle tecniche più avanzate della diagnostica molecolare, quali saggi quantitativi mediante real-time "Polymerase Chain Reaction", analisi di sequenza e studi mutazionali per la variabilità genetica dei virus e per la valutazione della resistenza ai farmaci. L'ospedale è centro di insegnamento e ricovero della Clinica universitaria di malattie infettive dell'Università di Torino, diretta dal prof. Giovanni Di Perri.

Come evidenziato l'accesso immediato a una terapia antivirale in caso di positività confermata deve essere immediato e il rapporto di rete tra Associazione e Struttura Ospedaliera sia per legge che per obiettivi risulta essenziale nei progetti di testing per garantire un'efficacia degli obiettivi di riduzione della virulenza, e dell'infettività dei soggetti.

Come evidenziato in letteratura i soggetti potrebbero rifiutarsi di accedere al servizio diagnostico ematico del SSR, sebbene gli sforzi degli operatori e della rete cercano di invogliare con una riduzione dei tempi di attesa e un'immediata presa in carico con continua assistenza da parte degli operatori del servizio di volontariato in caso di necessità.

3.4 Tipo di test

In 20 articoli su 21 si specifica il tipo di test rapido. In 2 articoli, vengono effettuati sia il test rapido che i test Elisa e Western Blot (Feldman et al., 2012). La letteratura mostra quanto il test rapido sia più efficace nella lotta contro l'HIV e consente l'accesso diretto ai soggetti più a rischio.(Clark et al., 2008; Shrestha et al., 2008; Schulden et al., 2008; Bogart et al.; 2008; Bogart et al., 2010; Sekandi et al., 2011; Hoyos et al., 2013; Marlin et al., 2014; Marcus et al., 2015; Labhardt et al., 2016; Feldman et al., 2012; Calderon et al., 2013; Amesty et al., 2015; Kyaddondo et al., 2012; Taegtmeier et al., 2011; Le Vu et al., 2012; Lorente et al., 2013A; Tao et al., 2014; Liang et al., 2015; Lazzaro et al., 2016; Lorente et al., 2013B).

I test rapidi più comunemente usati sono il test salivare e quello su un campione di sangue raccolto dalla punta delle dita, mentre i marchi più comunemente usati sono prima di tutto OraQuick (suddiviso in Rapid HIV-1 Test anticorpale e Advance Rapid HIV-1/2 Antibody Test; Orasure Technologies, Betlemme, Pa), eseguito da Uni-Gold Recombigen (Trinity Biotech PLC, Wicklow, Irlanda); gli altri marchi utilizzati sono Clearview HIV 1-2 Stat-Pak (Sistemi diagnostici Chembio, Medford, NY), HIV 1-2 completo (Chembio Diagnostic Systems, Medford, NY), Alere HIV1/2 Ag/Ab Combo test, Genscreen Ultra HIV Ag-Ab (Biorad) e VIKIA HIV 1/2.

3.5 Tipo di test Odv Casa Arcobaleno

Il tipo di test somministrato è Alere determinate HIV 1 e 2 tipo, rilevazione ag antigene e ab anticorpo su sangue intero con reagente altrimenti su siero con reagente anticoagulante.

L'Associazione non è ad oggi in grado di somministrare il test Elisa e Western Blot, attività che viene in caso di reattività demandata all'Ospedale di riferimento. Anche in questo caso si conferma quanto evidenziato dalla letteratura, il test somministrato è un test rapido che ne permette il risultato in 15-20 minuti.

3.6 Frequenza della somministrazione del test

Gli unici 2 articoli che trattano questo tema sono:

- "Number and timing of antenatal HIV testing: Evidence from a community-based study in Northern Vietnam", condotta sulle madri di Quang Ninh (una provincia a nord del Vietnam), dove si afferma che il primo test dovrebbe essere fatto proprio all'inizio della gravidanza e il secondo prima delle 36 settimane di gestazione;
- "Home-Based HIV Testing for Men Who Have Sex with Men in China: A Novel Community-Based Partnership to Complement Government Programs", condotta sugli MSM a Pechino (Cina), dove si afferma che le linee guida dettate dalla prevenzione nazionale cinese dell'HIV / AIDS, indicano che per gli MSM sessualmente attivi la frequenza di somministrazione del test dovrebbe essere di 6 mesi (Tao et al. 2014).

Offerta del test HIV in Odv Casa Arcobaleno

La somministrazione viene offerta ogni mese. Dai dati statistici risulta che il campione analizzato nel tempo torni con una periodicità almeno trimestrale a ripetere il test, se si considera l'intero campione e non solo la comunità MSM le persone che ripetono il test presso il servizio lo fanno con una cadenza semestrale (Brescia, Caratù, & Scaioli, 2019). Si conferma l'utilità di mantenere attiva il servizio di community-based creando un sistema di formazione e informazione che porti a visite periodiche, soprattutto nella comunità MSM. L'asset di offerta differente da quello ospedaliero permette una effettiva attività di prevenzione e responsabilizzazione da parte della popolazione che privilegia questo tipo di offerta (Brescia & Iannaci, 2019).

3.7 Tipo e costo del servizio

- In "Cost-Effectiveness of Finding New HIV Diagnoses Using Rapid HIV Testing in Community Based Organizations", condotto a Kansas City (Missouri), dove sono stati eseguiti sia i test convenzionali che quelli rapidi, per il programma "Kansas City Clinic" i costi sono stati di 68.318 dollari per un totale di 80 dollari a persona, \$ 3.637 a persona per nuove diagnosi di HIV [valuta 2005 dollari] (Heffelfinger, 2008);

Per il progetto "Kansas City outreach": 79.757 dollari per il programma totale, 113 dollari per ogni persona testata, \$ 16.985 a persona a cui sono state diagnosticate nuove diagnosi di HIV [valuta 2005, dollari].

Inoltre, per le organizzazioni community-based:

Costi fissi: costi di gestione del programma, formazione, viaggio, acquisto, gestione dei furgoni mobili, beni durevoli e attrezzature;

Costi variabili: reclutamento, consulenza e test, beni e forniture non durevoli, test di conferma Western blot.

- In “Scope of Rapid HIV Testing in Private Nonprofit Urban Community Health Settings in the United States”, condotta nelle quattro aree geografiche (Nordest, Midwest, Sud e Ovest) degli Stati Uniti, i costi per le cliniche private senza scopo di lucro che distribuiscono test rapidi sono rappresentati da: fattibilità, formazione, reclutamento personale, gestione dell'ambiente e delle risorse, costi per MTU (Bogart et al., 2008);

- in “Home-based HIV counseling and testing: Client experiences and perceptions in Eastern Uganda”, condotto sulla popolazione del Distretto di Kumi (Uganda orientale), è stato dimostrato che per le associazioni, l'impostazione HBHCT (quella utilizzata in questo articolo) è la più economica, in quanto costa all'incirca US \$ 8,29 per cliente, mentre il test ospedaliero costa circa \$ 11,68 e \$ 19,26 per le unità mobili. Nella maggior parte degli altri articoli, invece, si afferma che solamente un test rapido è gratuito, eccetto in un caso in cui i partecipanti sono stati pagati \$ 15 e altri \$ 20 CAN per il loro tempo messo a disposizione (Kyaddondo et al., 2012).

Per quanto riguarda il test convenzionale, l'articolo sullo studio preventivo delle donne incinte in Vietnam afferma che il problema è l'elevato costo del test (3 dollari a test, cioè 50000 VND).

Inoltre:

- In “Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles”, condotto sugli MSM della contea di Los Angeles, si afferma che i partecipanti eseguono il test gratuitamente e vengono omaggiati con un voucher per l'acquisto di un kit di auto-test. Questi buoni sono riscattabili presso Walgreens (la più grande catena di farmacie degli Stati Uniti), utilizzando un sistema di pagamento di terze parti; Walgreens poi procedere a fatturare a UCLA (l'Università di California, Los Angeles, che è un'università pubblica e di ricerca statunitense tra le più importanti e prestigiose nel mondo) relativamente al costo stabilito e per numero di voucher rimborsati.

- In “Home-Based HIV Testing for Men Who Have Sex with Men in China: A Novel Community-Based Partnership to Complement Government Programs” condotto sugli MSM a Pechino, il test è gratuito solo per coloro che completano e riportano il risultato del loro test, solo a questo punto verrà rimborsata loro una quota di 10 dollari per il kit del test a risposta rapida. Infatti, in questo studio, i partecipanti hanno sostenuto il CCAVG progetto sull'autotest dell'HIV a domicilio attraverso un annuncio sul loro sito web; a questo punto, hanno ricevuto a casa il kit per il test rapido dell'HIV e i risultati sono stati inviati via e-mail al personale del CCAVG (Tao et al. 2014).

Tipo e costo del servizio testing HIV in Odv Casa Arcobaleno

L'associazione di volontariato svolge le proprie attività principalmente attraverso l'operato dei volontari. I costi sostenuti sono pari a circa 14,22 euro a test rapido HIV che comprende test, reagenti, materiale vario sanitario. Non è compreso l'eventuale costo di un medico coordinatore e di costi indiretti correlati (Brescia, Tradori, Bert & Iannaci, 2020). Secondo i criteri individuati dalla letteratura i costi fissi comprendono costi di gestione del programma, formazione, viaggio, acquisto, gestione dei furgoni mobili, beni durevoli e attrezzature. Mentre i costi variabili comprendono reclutamento, consulenza e test, beni e forniture non durevoli, test di conferma Western blot. Nel caso studio la classificazione risulta simile anche se vengono a integrarsi altri elementi non considerati nei precedenti articoli. In particolare, i costi fissi comprendono costi formazione, spese generali della sede associativa condivisa, gestione di un'ambulanza mobile durante i Pride. Mentre i

3.8 Tipologia delle fonti di finanziamento

La maggior parte degli enti utilizza fondi privati, in quanto la maggior parte di essi è rappresentata da organizzazioni senza scopo di lucro, ONG private e università private, e i fondi provengono principalmente da donazioni.

Molti programmi approvati dal CDC hanno fonti di finanziamento sia pubbliche che private, poiché i CDC (enti pubblici) sono a loro volta finanziati in parte dalla Fondazione CDC (ente privato), che è un ente indipendente dai CDC.

Tipologia delle fonti di finanziamento di Odv Casa Arcobaleno

La somministrazione dei test è avvenuta per la penultima annualità attraverso erogazioni private da parte dei soci e avanzi di bilancio destinati. L'ultima annualità ha visto un finanziamento non formato solo dagli avanzi di bilancio ma anche da un contributo da parte del Centro Servizi del Volontariato Vol.to attraverso bando pubblico che ha coperto indirettamente i costi del medico coordinatore delle attività. Le quote di tesseramento non sono sufficienti neanche a coprire i costi assicurativi dei soci pertanto è necessaria l'individuazione di finanziamenti esterni. E' inutilizzato il canale dell'autofinanziamento attraverso la raccolta fondi.

3.9 Stato città di realizzazione dell'attività e tipo di popolazione

La maggior parte degli studi si è svolta negli Stati Uniti, soprattutto a New York, che conta 6 studi dei 25 articoli selezionati, a dimostrazione che la lotta contro l'AIDS è molto attiva e che questa attività è facilitata dal fatto che ci sono quartieri della città che ospitano diverse etnie che ne facilitano la realizzazione. Inoltre, NYC è particolarmente colpita dall'HIV, a un tasso quasi triplo rispetto alla media nazionale.

Gli MSM, i tossicodipendenti e chi esercita la prostituzione sono le etnie più vulnerabili, e tutti gli studi condotti nei paesi più industrializzati hanno focalizzato la loro ricerca su di loro, con la differenza che negli Stati Uniti gli studi erano rivolti anche agli afro-americani e agli ispanici, data la loro ampia presenza in quel paese e le loro alte percentuali di infezioni.

La ricerca nei Paesi meno industrializzati, come alcune parti del Vietnam, del Sudafrica e dell'Uganda, si basava sul raggiungimento di aree povere e rurali, fornendo una rapida prova alle famiglie attraverso test a domicilio, quindi alla popolazione in generale e non solo ad una certa etnia.

Particolare, invece, lo studio di Liverpool, che ha offerto il test rapido dell'HIV alle comunità in cui sono presenti i gruppi etnici più a rischio, in un contesto come quello del Regno Unito, dove la prevalenza di persone con HIV è bassa.

Con 10 articoli su 25, gli MSM sono la popolazione oggetto ricerca e sono più concentrati sull'offerta attiva di test rapidi.

Città e tipo di popolazione efferente al servizio di Odv Casa Arcobaleno

I progetti realizzati da Odv Casa Arcobaleno si sono svolti a Torino e sporadicamente a Novara durante il Pride 2019. La Regione di afferenza maggiore dell'utenza è quella Torinese e Piemontese sebbene durante le feste ci sia un'utenza da altre zone d'Italia o di Europa. L'uso per la pubblicità

della lingua italiana ha attirato solo occasionalmente utenza internazionale di passaggio. La tipologia di popolazione afferente al test per entrambe le annualità risulta per la maggior parte omosessuale, bisessuale, queer o di altro orientamento sessuale rispetto a utenza etero. La popolazione pertanto MSM si conferma quella maggiormente interessata dal progetto. La percentuale di popolazione con HIV/AIDS in Piemonte presente un tasso di incidenza pari a 5,9 casi ogni 100.000 abitanti, valore che sale a 6,7 casi se si considera la popolazione piemontese di età superiore ai 15 anni secondo i dati SE.Remi.

3.10 Percentuale di incidenza dell'HIV sulla popolazione

In tutti gli studi coinvolti in questi articoli, è stata osservata una prevalenza dell'HIV superiore allo 0,1%, una soglia oltre la quale il test HIV ha un costo/beneficio (Ministero della Salute, IRCCS Spallanzani di Roma, 2015).

Considerando, però, gli studi che coinvolgono solo la popolazione MSM, le percentuali sono più alte. Nella descrizione del progetto francese si indica che i MSM rappresentano il 40% delle nuove diagnosi annuali, 60 volte in più della popolazione generale, a Pechino, il 15% delle persone testate erano positive all'autotest per l'HIV.

Percentuale di incidenza dell'HIV sulla popolazione progetti HIV di Odv Casa Arcobaleno

Per l'anno 2018 il progetto risulta costo efficiente e coerente con i dati già espressi dal Ministero della Salute. La percentuale infatti di incidenza è superiore allo 0,1% (Brescia & Iannaci, 2019).

Percentuale che scende per il 2019, in parte dovuta a maggiore attenzione dei soggetti che ripetono il test e che configurano più della metà del campione all'interno della sede non permettendo un'individuazione di casi sommersi tra soggetti esterni e distanti dalla realtà community based.

4. Conclusioni

L'analisi effettuata conferma la teoria secondo cui i test rapidi possono ridurre i tempi di diagnosi di infezione da HIV e possono orientare immediatamente alle cure, riducendo i casi di immunodeficienza e i relativi maggiori costi. Lo studio afferma che il test rapido dell'HIV basato sulla comunità risulta essere un utile strumento per la diagnosi e l'attivazione di attività di prevenzione al di fuori del contesto ospedaliero sui target che non possono essere raggiunti in modo diverso. Indipendentemente dallo Stato in cui sono stati effettuati, i test rapidi per l'HIV rappresentano un eccellente strumento diagnostico per raggiungere la popolazione rurale o povera dove l'accessibilità ai test per vari motivi è limitata o per testare popolazioni con comportamenti a rischio dove si ha una maggiore incidenza di infezione da HIV, come la maggior parte della popolazione MSM testata. Lo studio conferma che le politiche dell'OMS e del CDC dell'introduzione del test sono costose ma efficienti ed efficaci, ma solo tenendo conto di alcune considerazioni organizzative prese in considerazione dalla letteratura e dai progetti analizzati. Il gap teorico riguardante l'organizzazione e gli elementi economici sono in gran parte colmati nell'analisi condotta. Quasi tutti i progetti descritti sono realizzati da Enti Pubblici o realizzati e finanziati da università con l'approvazione dei comitati scientifici delle autorità pubbliche nazionali, nella maggior parte dei casi si tratta di progetti di prevenzione legati alla ricerca scientifica. Gli articoli riguardanti la presenza del personale, sia volontario che non volontario, adeguatamente formato, nella maggior parte dei casi si tratta di professionisti della salute che svolgono attività di volontariato utilizzando le proprie competenze cliniche. È logico che personale ha una formazione specifica come servizio sanitario diagnostico. In quasi tutti i progetti c'è un servizio di consulenza, pre e post-test con l'obiettivo di aumentare il successo del percorso di diagnosi e la prevenzione anche in caso di mancata risposta del test. Negli articoli riportati c'è una relazione tra HIV / AIDS clinica

In tutti gli articoli, c'è il periodo di somministrazione ma non la frequenza di somministrazione del test, questo aspetto deve essere coerente con l'impostazione della somministrazione, la popolazione testata e la situazione epidemiologica di riferimento. I costi di organizzazione di un servizio alla comunità per la somministrazione di test HIV sono elevati per i costi fissi (personale, affitto di mezzi o di spazi amministrativi) pur essendo contenuti e talvolta inferiori in termini di costi variabili (test rapidi HIV di 4a generazione, materiale di somministrazione) rispetto all'ospedale dal punto di vista del rapporto costo/efficacia, questo servizio ha sempre il potenziale per una tempestiva diagnosi incidendo sulla riduzione della spesa ospedaliera, prevenendo i casi clinicamente aggravati con diminuzione del CD4 e immunodeficienza acquisita. Gli studi evidenziano che, nella maggior parte dei casi, è utile attivare programmi di test HIV per raggiungere la popolazione, ma questi servizi non devono essere sostitutivi agli ospedali e in alcune condizioni, dove la popolazione è già abituata a test periodici, porterebbero a costi aggiuntivi invece che ad un risparmio per il sistema. L'organizzazione di servizi diagnostici che utilizzano test rapidi per l'HIV e che tengono conto degli elementi analizzati possono portare al successo delle varie iniziative di test HIV a risposta rapida, garantendo risparmi sul sistema sanitario e un parallelo aumento della qualità della terapia. I risultati individuati consentono di affermare che i progetti di test HIV rapidi devono essere realizzati in modo permanente, e che ogni stato in base alle caratteristiche epidemiologiche ed economiche dovrebbe creare procedure che tengano conto di tutti gli elementi presentati.

Nonostante l'associazione Odv Casa Arcobaleno abbia un network molto ampio non è, purtroppo, rappresentativa della completa area geografica presa in esame.

Il caso studio Odv Casa Arcobaleno conferma in maniera empirica la presenza e sussistenza degli elementi evidenziati in letteratura attraverso l'analisi degli ultimi due anni di testing e non nega alcuna variabile considerata, bensì rafforza quanto riscontrato. Progetti di testing in asset e regioni o stati differenti possono contribuire a integrare la letteratura e orientare le future indagini.

Bibliografia

Amesty, S., Crawford, N. D., Nandi, V., Perez-Figueroa, R., Rivera, A., Sutton, M., ... & Harripersaud, K. (2015). Evaluation of pharmacy-based HIV testing in a high-risk New York City community. *AIDS patient care and STDs*, 29(8), 437-444.

Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... & Siliquini, R. (2016). HIV-screening in pregnant women: a systematic review of cost-effectiveness studies: Fabrizio Bert. *The European Journal of Public Health*, 26(suppl_1), ckw174-023.

Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... & Siliquini, R. (2018). Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: A systematic review. *Health Policy*, 122(5), 533-547.

Biancone, P. P., Secinaro, S., Valerio, B., & Bert, F. (2018). Analysis of Organizational Elements in the Arrangement of HIV Rapid Tests Offer. *Social Sciences*, 8(2), 382-399.

Biancone, P., Tradori, V., Brescia, V., & Migliavacca, A. (2017). Quality and control in the healthcare: a win-win mix?. *International Journal of Business and Social Science*, 8(7), 221-228.

Biancone, P., Secinaro, S., Brescia V., Gualano M.R. (2018a)., Effectiveness Cost of HIV rapid tests in Italy and Europe. *International Journal of Management Sciences and Business Research*, Mar-2018 ISSN (2226-8235) Vol-7, Issue 3.

Blystad, H., & Wiessing, L. (2009). Guidance on provider-initiated voluntary medical examination, testing and counselling for infectious diseases in injecting drug users. Pre-final unedited version, 5.

Bogart, L. M., Howerton, D., Lange, J., Becker, K., Setodji, C. M., & Asch, S. M. (2008). Scope of rapid HIV testing in private nonprofit urban community health settings in the United States. *American journal of public health*, 98(4), 736-742.

Bogart, L. M., Howerton, D., Lange, J., Setodji, C. M., Becker, K., Klein, D. J., & Asch, S. M. (2010). Provider-related barriers to rapid HIV testing in US urban non-profit community

Branson, B. M., Handsfield, H. H., Lampe, M. A., Janssen, R. S., Taylor, A. W., Lyss, S. B., & Clark, J. E. (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 55(14), 1-CE.

Branson B. M. (2007). State of the art for diagnosis of HIV infection. *Clin Infect Dis.*;45, Suppl4, :S221-S225. <https://doi.org/10.1086/522541>.

Brescia, V., Caratù, M., & Scaioli, G. (2019). A Community-Based Social Marketing Strategy to Prevent HIV and Fight Stigma. *International Journal of Business and Management*, 14(10).

Brescia, Valerio, & Iannaci, Daniel. (2019, January 4). BILANCIO SOCIALE - ODV CASA ARCOBALENO ANNO 2018. Zenodo. <http://doi.org/10.5281/zenodo.2531826>

Brescia V., Tradori V., & Bert F. (2020, March 6). BILANCIO SOCIALE - ODV CASA ARCOBALENO ANNO 2019. *European journal of volunteering and community-based projects*. Zenodo. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3699119>

Brescia, V., Tradori, V., Radwan, M., & Bert, F. (2019a). Risk Management and Analytical Accounting Approach in Use of the HIV Rapid Tests in the Hospital: The Case of the Amedeo di Savoia. In *The Future of Risk Management*, Volume I (pp. 175-195). Palgrave Macmillan, Cham.

Calderon, Y., Cowan, E., Rhee, J. Y., Brusalis, C., & Leider, J. (2013). Counselor-based rapid HIV testing in community pharmacies. *AIDS patient care and STDs*, 27(8), 467-473.

Centers for Disease Control and Prevention, (2001). Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control*, 50(RR-19), 1. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilhMrc2sHZAhWCyqQKHV0iDbQQFgggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fmmwr%2Fpreview%2Fmmwrhtml%2Frr5019a1.htm&usg=AOvVaw2Imy7RXkNiThSfiavW9MK8>

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2007). Rapid HIV testing in outreach and other community settings--United States, 2004-2006. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 56(47), 1233. Available at: https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiup9_R2sHZAhXOyaQKHbOIBnUQFgggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fmmwr%2Fpreview%2Fmmwrhtml%2Fm5647a2.htm&usg=AOvVaw38_mycvxhENNq_T8VoDlOU

Centers for Disease Control and Prevention, (2010). Estimated HIV incidence in the United States, 2007-2010. *HIV Surveillance Supplemental Report 2012*;17(No. 4). Published December. Available at:

https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiM24PB2sHZAhUKKewKHcfrDfAQFgggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhiv%2Fpdf%2Fstatistics_hssr_vol_17_no_4.pdf&usg=AOvVaw2Z3G_seGg11JcA3Nw5Qtnz

Centers for Disease Control and Prevention CDC, (2013). Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 U.S. dependent areas—2011. *HIV Surveillance Supplemental Report 2013*;18(No. 5). Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidvtWX2sHZAhWFy6QKHQN3A44QFggwMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhiv%2Fpdf%2Flibrary%2Freports%2Fsurveillance%2Fcdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-22-2.pdf&usg=AOvVaw1g825kUa7iAvn6X2hgbzTX>

Centers for Disease Control and Prevention, (2016). Rapid HIV tests suitable for use in non-clinical settings (CLIA-waived), updates 11/07/2016. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjoqeyG2sHZAhWODewKHZ50C3EQFgg0MAA&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhiv%2Fpdf%2Ftesting%2Frapid-hiv-tests-non-clinical.pdf&usg=AOvVaw3OdFdVkf0C58dGEQ8M8uOh>

Centre for Communicable Diseases and Infection Control Public Health Agency of Canada, (2010). HIV/AIDS Epi Update — Chapter 13: HIV/AIDS in Canada among people from countries where HIV is endemic. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/chap13-eng.php>

Chirwodza, A., van Rooyen, H., Joseph, P., Sikotoyi, S., Richter, L., & Coates, T. (2009). Using participatory methods and geographic information systems (GIS) to prepare for an HIV community-based trial in Vulindlela, South Africa (Project Accept–HPTN 043). *Journal of community psychology*, 37(1), 41-57.

Clark, H. A., Bowles, K. E., Song, B., & Heffelfinger, J. D. (2008). Implementation of rapid HIV testing programs in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven US cities. *Public Health Reports*, 123(3_suppl), 86-93.

Cleary, P. D., Van Devanter, N., Rogers, T. F., Singer, E., Shipton-Levy, R., Steilen, M., ... & Pindyck, J. (1991). Behavior changes after notification of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(12), 1586-1590.

Coates, T. J., Morin, S. F., & McKusick, L. (1987). Behavioral consequences of AIDS antibody testing among gay men. *JAMA*, 258(14), 1889-1889.

Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... & Godbole, S. V. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England journal of medicine*, 365(6), 493-505.

De Voux, A., Spaulding, A. C., Beckwith, C., Avery, A., Williams, C., Messina, L. C., ... & Altice, F. L. (2012). Early identification of HIV: empirical support for jail-based screening. *PloS one*, 7(5), e37603.

Dybul, M., Fauci, A. S., Bartlett, J. G., Kaplan, J. E., & Pau, A. K. (2002). Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: the panel on clinical practices for treatment of HIV. *Annals of internal medicine*, 137(5_Part_2), 381-433.

Doyle, N. M., Levison, J. E., & Gardner, M. O. (2005). Rapid HIV versus enzyme-linked immunosorbent assay screening in a low-risk Mexican American population presenting in labor: a cost-effectiveness analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3), 1280-1285.

Doll, L. S., O'malley, P. M., Pershing, A. L., Darrow, W. W., Hessol, N. A., & Lifson, A. R. (1990). High-risk sexual behavior and knowledge of HIV antibody status in the San Francisco City Clinic Cohort. *Health Psychology*, 9(3), 253.

ECDC (2010). Guidance. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. December. Available at:

https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZncfw2sHZAhWD3KQKHuUcAdwQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fsites%2Fportal%2Ffiles%2Fmedia%2Fen%2Fpublications%2FPublications%2F101129_GUI_HIV_testing.pdf&usg=AOvVaw0clYm8m8tZdPeRggKvM5Fb

ECDC, (2004). HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Progress report of February. Available at:

<https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqyf2R28HZAhUNsaQKHSrgA3EQFggqMAA&url=https%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2Finfectious-diseases-public-health%2Fhiv-infection-and-aids%2Fprevention-and-control%2Fmonitoring&usg=AOvVaw2W9cIs67Gn3r90Rm-k4NKD>

ECDC, (2011). Guidance: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Available at:

https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiE7tb62sHZAhWosKQKHRK4DY8QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fpublications%2Fecdc-emcdda-guidance_en&usg=AOvVaw0m1R_Huk5wy8_8GmepPdGp

ECDC, (2014). Technical Report Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. May. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiu7sSF28HZAhUBDuwKHRiMDJcQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fecdc.europa.eu%2Fen%2Fpublications%2FPublications%2Fassessing-burden-disease-migrant-populations.pdf&usg=AOvVaw02Zlq2aZnvfY-86PG7MJNS>

Faraoni, S., Rocchetti, A., Gotta, F., Ruggiero, T., Orofino, G., Bonora, S., & Ghisetti, V. (2013). Evaluation of a rapid antigen and antibody combination test in acute HIV infection. *Journal of Clinical Virology*, 57(1), 84-87.

Feldman, M., Wu, E., Mendoza, M., Lowry, B., Ford, L., & Holloway, I. (2012). The prevalence and correlates of receiving confirmatory HIV test results among newly diagnosed HIV-positive individuals at a community-based testing center. *AIDS Education and Prevention*, 24(5), 445-455.

Fox, R., Odaka, N. J., Brookmeyer, R., & Polk, B. F. (1987). Effect of HIV antibody disclosure on subsequent sexual activity in homosexual men. *AIDS (London, England)*, 1(4), 241-246.

Gibson, D. R., Lovelle-Drache, J., Young, M., Hudes, E. S., & Sorensen, J. L. (1999). Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injecting drug users: final results of randomized trials of counseling with and without HIV testing. *AIDS and Behavior*, 3(1), 3-12.

Girardi, E., Sabin, C. A., & Antonella d'Arminio Monforte, M. D. (2007). Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46, S3-S8.

Glynn, M. K. R. P., & Rhodes, P. (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In *National HIV prevention conference* (Vol. 205).

Hanh, N. T., Gammeltoft, T. M., & Rasch, V. (2011). Number and timing of antenatal HIV testing: Evidence from a community-based study in Northern Vietnam. *BMC Public Health*, 11(1), 183.

HIV in Europe, (2013). HIV Indicator Conditions: Guidance for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. Available at: https://issuu.com/kandrup/docs/chip_guidance?e=4233206/1998749

Hoyos, J., Belza, M. J., Fernández-Balbuena, S., Rosales-Statkus, M. E., Pulido, J., & de la Fuente, L. (2013). Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. *BMC public health*, 13(1), 791.

Kyaddondo, D., Wanyenze, R. K., Kinsman, J., & Hardon, A. (2012). Home-based HIV counseling and testing: client experiences and perceptions in Eastern Uganda. *BMC Public Health*, 12(1), 966.

Labhardt, N. D., Ringera, I., Lejone, T. I., Masethothi, P., Kamele, M., Gupta, R. S., ... & Glass, T. R. (2016). Same day ART initiation versus clinic-based pre-ART assessment and counselling for individuals newly tested HIV-positive during community-based HIV testing in rural Lesotho—a randomized controlled trial (CASCADE trial). *BMC public health*, 16(1), 329.

Lazarus, L., Patel, S., Shaw, A., Leblanc, S., Lalonde, C., Hladio, M., ... & Tyndall, M. W. (2016). Uptake of Community-Based Peer Administered HIV Point-of-Care Testing: Findings from the PROUD Study. *PloS one*, 11(12), e0166942.

Le Vu, S., Velter, A., Meyer, L., Peytavin, G., Guinard, J., Pillonel, J., & Semaille, C. (2012). Biomarker-based HIV incidence in a community sample of men who have sex with men in Paris, France. *PloS one*, 7(6), e39872.

Liang, J., Liu, L., Cheung, M., Lee, M. P., Wang, H., Li, C. H., ... & Peng, J. (2015). Community-based HIV-1 early diagnosis and risk behavior analysis of men having sex with men in Hong Kong. *PloS one*, 10(4), e0125715.

Lorente, N., Preau, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., & Suzan-Monti, M. (2013A). Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (the ANRS-DRAG study). *PLoS One*, 8(4), e61225.

Lorente, N., Champenois, K., Blanche, J., Préau, M., Suzan-Monti, M., Mora, M., ... & Spire, B. (2013B). Investigating recent testing among MSM: results from community-based HIV rapid testing attendees in France. *Journal of sexually transmitted diseases*, 2013.

Marcus, U., Ort, J., Grenz, M., Eckstein, K., Wirtz, K., & Wille, A. (2015). Risk factors for HIV and STI diagnosis in a community-based HIV/STI testing and counselling site for men having sex with men (MSM) in a large German city in 2011–2012. *BMC infectious diseases*, 15(1), 14.

Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J. W., & Janssen, R. S. (2005). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(4), 446-453.

Marlin, R. W., Young, S. D., Bristow, C. C., Wilson, G., Rodriguez, J., Ortiz, J., ... & Klausner, J. D. (2014). Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles. *BMC Public Health*, 14(1), 1226.

Masciotra, S., Luo, W., Youngpairoj, A. S., Kennedy, M. S., Wells, S., Ambrose, K., ... & Owen, S. M. (2013). Performance of the Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo Rapid Test with specimens from HIV-1 seroconverters from the US and HIV-2 infected individuals from Ivory Coast. *Journal of Clinical Virology*, 58, e54-e58.

Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... & Aboyans, V. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223.

Otten Jr, M. W., Zaidi, A. A., Wroten, J. E., Witte, J. J., & Peterman, T. A. (1993). Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and posttest counseling, Miami, 1988 to 1989. *American Journal of Public Health*, 83(4), 529-533.

Palella Jr, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., ... & Holmberg, S. D. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 338(13), 853-860.

CDC (2004). Prevention, H. I. V. HIV Counseling and Testing at CDC-Supported Sites United States. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11961/cdc_11961_DS2.pdf

Rhodes, F., & Malotte, C. K. (1996). HIV risk interventions for active drug users: Experience and prospects. *Understanding and preventing HIV risk behavior: Safer sex and drug use*. Thousand Oaks, CA: Sage, 207-236.

Rietmeijer, C. A., Kane, M. S., Simons, P., Corby, N. H., Wolitski, R. J., Higgins, D. L., ... & Cohn, D. L. (1996). Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *Aids*, 10(3), 291-298.

Schulden, J. D., Song, B., Barros, A., Mares-DelGrasso, A., Martin, C. W., Ramirez, R., ... & Heffelfinger, J. D. (2008). Rapid HIV testing in transgender communities by community-based organizations in three cities. *Public Health Reports*, 123(3_suppl), 101-114.

Sekandi, J. N., Sempeera, H., List, J., Mugerwa, M. A., Asiimwe, S., Yin, X., & Whalen, C. C. (2011). High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *BMC public health*, 11(1), 730.

Shrestha, R. K., Clark, H. A., Sansom, S. L., Song, B., Buckendahl, H., Calhoun, C. B., ... & Heffelfinger, J. D. (2008). Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid.

Smith, M. K., Rutstein, S. E., Powers, K. A., Fidler, S., Miller, W. C., Eron Jr, J. J., & Cohen, M. S. (2013). The detection and management of early HIV infection: a clinical and public health emergency. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 63(0 2), S187.

Steen, T. W., Seipone, K., de la Hoz Gomez, F., Anderson, M. G., Kejelepula, M., Keapoletswe, K., & Moffat, H. J. (2007). Two and a half years of routine HIV testing in Botswana. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(4), 484-488.

Tabana, H., Doherty, T., Swanevelder, S., Lombard, C., Jackson, D., Zembe, W., & Naik, R. (2012). Knowledge of HIV status prior to a community HIV counseling and testing.

Taegtmeier, M., MacPherson, P., Jones, K., Hopkins, M., Moorcroft, J., Lalloo, D. G., & Chawla, A. (2011). Programmatic evaluation of a combined antigen and antibody test for rapid HIV diagnosis in a community and sexual health clinic screening programme. *PloS one*, 6(11), e28019.

Tao, J., Li, M. Y., Qian, H. Z., Wang, L. J., Zhang, Z., Ding, H. F., & Vermund, S. H. (2014). Home-based HIV testing for men who have sex with men in China: a novel community-based partnership to complement government programs. *PloS one*, 9(7), e102812.

Tradori, V., Biancone, P., Cardaci, A., & Brescia, V. (2017). Legislazione, politiche e organizzazione di centri community based di diagnosi e prevenzione dell'HIV nella Regione Piemonte. *Sanità Pubblica E Privata*, 4, 37-51.

Tradori, V., Biancone, P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2017a). Legislation, policies and organization of community based Centers for HIV diagnosis and prevention in Piedmont Region. *International Journal Of Management Sciences And Business Research*, 6(11), 17-27.

World Health Organization, (2015). Recommends Hiv Testing By Lay Providers, World Health Organization, Policy brief of July. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiu0aOd28HZAhWL2KQKHVZyAxwQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhiv%2Fpub%2Ftoolkits%2Fpolicy-hiv-testing-by-lay-provider%2Fen%2F&usg=AOvVaw2v04QuFRHjn9BfodlUlvTO>

World Health Organization, (2015). HIV and young people who inject drugs: a technical briefing. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixofql28HZAhUBsaQKHSUDB-8QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Firis%2Fhandle%2F10665%2F179865&usg=AOvVaw0t7UIvhLiepNod3WsFBfqe>

World Health Organization, (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services, July 2015. Available at: <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcoarn2sHZAhVPCewKHRGfC-4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhiv%2Fpub%2Fguidelines%2Fhiv-testing-services%2Fen%2F&usg=AOvVaw0ln7Ai7PdA0qGAIpvVfrkT>

Griensven, G. J. V., Vroome, E. D., Tielman, R. A., Goudsmit, J. A. A. P., De Wolf, F. R. A. N. K., Noordaa, J. V. D., & Coutinho, R. A. (1989). Effect of human immunodeficiency virus (HIV) antibody knowledge on high-risk sexual behavior with steady and nonsteady sexual partners among homosexual men. *American journal of epidemiology*, 129(3), 596-603.

Wolf, L. L., & Walensky, R. P. (2007). Testing for HIV infection in the United States. *Current infectious disease reports*, 9(1), 76-82.

Regime fiscale degli enti del terzo settore

Alessio Chiampi

Dottore Commercialista, Via Bligny, 5 Torino, e-mail: chiampi.alessio@gmail.com

Abstract: Il regime fiscale degli Enti del Terzo settore è cambiato nel tempo, agevolazioni e criteri previsti per le Onlus ora sono stati modificati dal D.lgs. 117/2017 che ha riordinato le previsioni per Odv e Aps. L'articolo, si concentra sulla distinzione e sui parametri fiscali previsti relativi alle attività erogate dagli Enti del Terzo Settore. La decommercializzazione fiscale prevede specifici criteri relativi al modo in cui l'attività deve essere svolta. La determinazione forfettaria del reddito d'impresa con il regime forfettario per gli enti del terzo settore prevede percentuali di redditività da tenere sotto controllo. Le organizzazioni di volontariato, gli enti filantropici e le associazioni di promozione sociale prevedono regimi particolareggiati.

Abstract eng: The tax regime of third sector entities has changed over time; benefits and criteria for non-profit organizations have now been changed by Legislative Decree 117/2017, which reorganized the forecasts for voluntary organizations and social promotion associations. The article focuses on the distinction and tax parameters provided for the activities provided by third sector entities. Tax decommercialization provides specific criteria relating to the way in which the activity must be carried out. The flat-rate determination of business income with the flat-rate regime for third sector entities provides for profitability percentages to be kept under control. Voluntary organizations, philanthropic bodies, and social promotion associations have detailed arrangements.

Keywords: enti terzo settore, fiscalità, regime forfettario, enti non commerciali

Keyword: third sector entities, taxation, flat-rate, non-commercial entities

doi: [10.5281/zenodo.3870847](https://doi.org/10.5281/zenodo.3870847)

1. Introduzione

Il presente articolo si concentra principalmente sulla analisi fiscale degli enti del Terzo settore ed in particolare sulla imposizione diretta così come è stata riformulata dal codice del Terzo settore (D.lgs. n.117/2017) previsto per l'Italia.

La legge delega¹ per la riforma fiscale del terzo settore all'art.9 rubricato "Misure fiscali e di sostegno economico" aveva previsto che i decreti attuativi dovessero prevedere:

- 1) una revisione completa della definizione di ente commerciale connessa alle attività di interesse generale perseguite dagli enti;
- 2) introduzione di un regime tributario di vantaggio che tenga conto delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale dell'ente, del divieto di ripartizione, anche informa indiretta, degli utili o degli avanzi di gestione e dell'impatto sociale delle attività svolte dall'ente.

¹ Legge n. 106 del 6 giugno 2016

Come si desume dalla legge delega le conseguenze fiscali sono strettamente legate allo svolgimento di attività considerate meritevoli per la comunità da parte del legislatore.

Infatti, con l'introduzione del Codice del terzo settore si è deciso di disciplinare in modo unitario, anche dal punto di vista fiscale, i soggetti che si iscriveranno al Runts (Registro Unico Terzo Settore) e consentirgli, a determinate condizioni, di avere dei regimi fiscali premianti.

Anteriormente alla riforma del 2017, la disciplina fiscale era definita da leggi speciali che attribuivano vantaggi particolari ad enti ritenuti meritevoli. Una disciplina sicuramente meritevole di nota è stata quella delle Onlus.

La disciplina delle Onlus ha attratto tutti gli enti che si erano costituiti per il perseguimento di finalità di utilità e solidarietà sociale che avevano determinate caratteristiche definite dal legislatore.

Per poter ottenere i vantaggi definiti dal regime Onlus l'ente doveva però rinunciare ad una parte della sua autonomia in sede statutaria ma in cambio si ricevevano vantaggi fiscali non trascurabili (il regime era soggetto a controlli molto severi).

L'essere identificato fiscalmente come Onlus portava ad importanti vantaggi fiscali in quanto l'attività istituzionale svolta dall'ente era definita fiscalmente come "non commerciale" a prescindere dalle modalità di svolgimento della stessa. In aggiunta le attività commerciali direttamente connesse alle attività istituzionali svolte dalle Onlus erano fiscalmente trattate come "non commerciali".

Per un lungo periodo temporale quindi la disciplina fiscale delle Onlus ha sicuramente svolto, una funzione di contenitore di tutti gli enti non profit. L'importanza di questa normativa è data anche dal fatto che anche nel linguaggio comune (il linguaggio non tecnico e dei non addetti ai lavori) con la definizione di Onlus si identificassero tutti gli enti del terzo settore.

La riforma del terzo settore ha però eliminato il regime delle Onlus, richiedendo alle organizzazioni iscritte all'anagrafe delle Onlus di adeguare i propri statuti.

La circolare n. 20 del 27 dicembre 2018 del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali ha però ribadito che l'abrogazione del regime delle Onlus è subordinato a due condizioni:

- 1) autorizzazione da parte della Commissione europea del "pacchetto fiscale" di cui al Titolo X del codice del terzo settore;
- 2) operatività del Registro unico del terzo settore.

2. Disciplina generale TUIR: Enti commerciali e Enti non commerciali

La disciplina fiscale per gli enti che non si iscriveranno al Runts sarà la disciplina di diritto generale prevista dal Tuir, mentre per gli enti che si iscriveranno al Runts si applicherà la nuova disciplina introdotta dal codice del terzo settore

La disciplina generale delle imposte dirette prevista dal Tuir suddivide gli enti in due categorie:

- Enti non commerciali;
- Enti commerciali.

La disciplina degli enti non commerciali è definita dall'art.73² del Tuir in via residuale, ovvero sono definiti "enti non commerciali" tutti gli enti pubblici o privati diversi dalle società e residenti nel

² Art. 73 Tuir: "Sono soggetti all'imposta sul reddito delle società:

territorio dello stato che non hanno per oggetto esclusivo o principale lo svolgimento di attività commerciale così come definita dall'art. 55³ Tuir.

Lo svolgimento di un'attività di utilità sociale, l'assenza delle finalità di lucro, le finalità perseguite non hanno alcun rilievo dal punto di vista fiscale; l'attenzione del legislatore tributario è rivolta soltanto alla identificazione di soggetti che svolgono attività di natura commerciale.

Il modo di calcolare gli imponibili è quindi diverso a seconda della classificazione dell'ente come "commerciale" o "non commerciale".

Con l'introduzione del codice del terzo settore è stata mantenuta la distinzione tra enti del terzo settore "commerciali" ed enti del terzo settore "non commerciali". La definizione di "ente commerciale" o "ente non commerciale" vale solo per gli enti del terzo settore iscritti nel Registro (Runts). Mentre per gli enti che non sono iscritti al Runts la qualifica di Ente "non commerciale" o "commerciale" viene definita in base a quanto previsto dall'art. 149 Tuir a cui restano soggetti non essendo iscritti al Runts.

Per gli enti iscritti al Runts quindi si applicherà la disciplina fiscale prevista dal nuovo codice e le disposizioni del Tuir del Titolo II solo in quanto compatibili con la disciplina fiscale prevista dal Titolo X del codice del Terzo settore.

2.1 Codice del terzo settore: Individuazione degli enti del terzo settore e delle attività di interesse generale per l'iscrizione al Runts

Per poter procedere con un'analisi fiscale degli enti del terzo settore occorre preliminarmente individuare chi sono gli enti del terzo settore che possono accedere all'iscrizione al Runts.

L'art. 4 del Cts definisce le caratteristiche che devono avere gli enti del terzo settore per poter essere iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore:

-
- a) le società per azioni e in accomandita per azioni, le società a responsabilità limitata, le società cooperative e le società di mutua assicurazione nonché le società europee di cui al regolamento (CE) n. 2157/2001 e le società cooperative europee di cui al regolamento (CE) n. 1435/2003 residenti nel territorio dello Stato;
 - b) gli enti pubblici e privati diversi dalle società, nonché i trust, residenti nel territorio dello Stato, che hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciali;
 - c) gli enti pubblici e privati diversi dalle società, i trust che non hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciale nonché gli organismi di investimento collettivo del risparmio, residenti nel territorio dello Stato;
 - d) le società e gli enti di ogni tipo, compresi i trust, (5) con o senza personalità giuridica, non residenti nel territorio dello Stato. “.

³ Art. 55 Tuir:

“1. Sono redditi d'impresa quelli che derivano dall'esercizio di imprese commerciali. Per esercizio di imprese commerciali si intende l'esercizio per professione abituale, ancorché non esclusiva, delle attività indicate nell'art. 2195 c.c., e delle attività indicate alle lettere b) e c) del comma 2 dell'art. 32 che eccedono i limiti ivi stabiliti, anche se non organizzate in forma d'impresa.

2. Sono inoltre considerati redditi d'impresa:

- a) i redditi derivanti dall'esercizio di attività organizzate in forma d'impresa dirette alla prestazione di servizi che non rientrano nell'art. 2195 c.c.;
- b) i redditi derivanti dall'attività di sfruttamento di miniere, cave, torbiere, saline, laghi, stagni e altre acque interne;
- c) i redditi dei terreni, per la parte derivante dall'esercizio delle attività agricole di cui all'articolo 32, pur se nei limiti ivi stabiliti, ove spettino alle società in nome collettivo e in accomandita semplice nonché alle stabili organizzazioni di persone fisiche non residenti esercenti attività di impresa.

3. Le disposizioni in materia di imposte sui redditi che fanno riferimento alle attività commerciali si applicano, se non risulta diversamente, a tutte le attività indicate nel presente articolo.”

1) classificazione in una delle seguenti categorie:

- organizzazioni di volontariato
- associazioni di promozione sociale
- enti filantropici
- imprese sociali (incluse le cooperative sociali)
- reti associative
- società di mutuo soccorso
- associazioni (riconosciute o non riconosciute)
- fondazioni
- altri enti di carattere privato diversi dalle società

2) devono svolgere, in via esclusiva o principale, una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi. Per quanto riguarda l'individuazione delle attività di interesse generale che permettono l'accesso al registro del terzo settore occorre richiamarsi all'art. 5 del D.lgs 117/2017 che prevede una elencazione delle attività di interesse generale.

Il decreto 117/2017 introduce un registro nazionale unico del terzo settore, che sostituisce i precedenti registri speciali previsti dalla vecchia disciplina. La riforma del terzo settore descrive una disciplina nuova con riferimento a diversi aspetti della vita e dell'attività degli enti di terzo settore e tale disciplina deve essere rispettata ai fini dell'iscrizione nel Runtts e al fine di ottenere le agevolazioni fiscali in esse previsto.

3. Disciplina fiscale del codice del terzo settore

3.1 Qualificazione di attività di natura commerciale o non commerciale

L'art. 79 specifica che la nuova disciplina fiscale è applicata a tutti gli Enti del terzo settore, escludendo soltanto le imprese sociali che hanno una loro specifica disciplina⁴.

L'art 79 comma 2 definisce quando l'esercizio di un'attività di interesse generale (prevista all'art. 5 del decreto) debba essere considerata di natura "non commerciale":

- a) attività svolta a titolo gratuito;
- b) qualora i ricavi (considerando anche i contributi pubblici) prodotti dall'attività non superino di oltre il 5 per cento i relativi costi effettivi per ciascun periodo d'imposta e per non oltre due periodi d'imposta consecutivi.

Per costi effettivi si dovrebbe comprendere tutti i costi sia diretti riferiti all'attività, sia quelli indiretti (i costi generali dell'ente) ed i costi figurativi (ad esempio il costo figurativo del lavoro prestato dai volontari)⁵. Il superamento del totale dei ricavi per un importo superiore al 5% rispetto al totale dei costi è preclusivo all'ottenimento della decommercializzazione dell'attività.

⁴ D. Lgs n. 112/2017 Disciplina in materia di Impresa sociale.

⁵ In tal senso vedi: P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo Settore*, Bologna, Mulino, 2018, p. 113.

Il comma 3 dell'art 79⁶ indica alcune attività che prescindere dal rapporto ricavi/costi e quindi indipendentemente dalla oggettiva classificazione come attività commerciale vengono identificate fiscalmente come non commerciali per disposizione normativa.

Il comma 4 dell'art. 79⁷ inoltre elenca una serie di entrate che non sono imponibili in capo all'ente:

- a) i fondi pervenuti a seguito di raccolte pubbliche effettuate occasionalmente anche mediante offerte di beni di modico valore o di servizi ai sovventori, in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione;
- b) i contributi e gli apporti erogati da parte delle amministrazioni pubbliche per lo svolgimento di attività di interesse generale.

L'ultimo comma dell'art 79⁸ del Cts tratta poi in particolar modo della qualificazione “*commerciale*” delle attività svolte dagli enti associativi:

- a. si considera “*non commerciale*” l'attività svolta dalle associazioni del Terzo settore nei confronti dei propri associati e dei, familiari e conviventi degli stessi in conformità alle finalità istituzionali dell'ente e non concorrono alla formazione del reddito delle associazioni del Terzo settore le somme versate dagli associati a titolo di quote o contributi associativi.
- b. si considerano “*commerciali*” le cessioni di beni e le prestazioni di servizi effettuate nei confronti degli associati e dei familiari e conviventi degli stessi verso pagamento di corrispettivi specifici, compresi i contributi e le quote supplementari determinati in funzione delle maggiori o diverse prestazioni alle quali danno diritto. Detti corrispettivi concorrono alla formazione del reddito complessivo come componenti del reddito di impresa o come redditi diversi a seconda che le relative operazioni abbiano carattere di abitudine o di occasionalità.

3.2 Natura commerciale o non commerciale dell'ente

Al fine di classificare l'ente come “*commerciale o non commerciale*”, l'art. 79 comma 5 bis definisce le seguenti entrate dell'ente come “non commerciali”:

- 1) i contributi, le sovvenzioni, le liberalità, le quote associative dell'ente e ogni altra entrata assimilabile alle precedenti;
- 2) i proventi e le entrate considerate non commerciali ai sensi dei commi 2, 3 e 4 dell'art 79 tenuto conto altresì del valore normale⁹ delle cessioni o prestazioni afferenti le attività svolte con modalità non commerciali.

E' importante che sia stato esplicitato il concetto di valore normale delle attività non commerciali perché permette di evitare effetti distortivi nel calcolo. Ad esempio è il caso delle organizzazioni di volontariato che erogano beni e servizi con prezzi inferiori a quelli di mercato.

Quindi indipendentemente dalle previsioni statutarie gli enti del Terzo settore assumono fiscalmente la qualifica di “enti commerciali” qualora i proventi delle attività di interesse generale, svolte in forma d'impresa non in conformità ai criteri indicati nei commi 2 e 3 dell'articolo 79, nonché le attività diverse di cui all'articolo 6, fatta eccezione per le attività di sponsorizzazione svolte nel

⁶ Art 79 comma 3 del D.lgs 117/2017.

⁷ Art 79 comma 4 del D.lgs 117/2017.

⁸ Art 79 comma 6 del D.lgs 117/2017.

⁹ Consente di calcolare il valore delle cessioni di beni e servizi sulla base del valore di mercato.

rispetto dei criteri di cui al decreto previsto all'articolo 6, superino, nel medesimo periodo d'imposta, le entrate derivanti da attività non commerciali.

- ENTRATE NON COMMERCIALI: (CONTRIBUTI, SOVVENZIONI, LIBERALITÀ, QUOTE ASSOCIATIVE, PROVENTI NON COMMERCIALI AI SENSI ART 79 C. 2-3-4)
- ENTRATE COMMERCIALI < ENTRATE NON COMMERCIALI = ENTE NON COMMERCIALE
- ENTRATE COMMERCIALI > ENTRATE NON COMMERCIALI = ENTE COMMERCIALE

E' possibile quindi riassumere che fiscalmente non rileva né la situazione oggettiva (di svolgimento di un'attività di interesse generale) né quella soggettiva (essere un ente del terzo settore) ma rileva il rapporto tra ricavi e costi della singola attività ai fini della qualifica di "attività commerciale" o "attività non commerciale" e poi rileva il rapporto tra ricavi commerciali e ricavi non commerciali per la qualifica di "ente commerciale" o "ente non commerciale".

Il sistema delineato così dal legislatore comporta che la qualifica di ente commerciale o non commerciale vari ogni anno in conseguenza della concreta situazione che si realizza annualmente. Infatti, pur ad invarianza di attività svolta, variando i volumi dei ricavi o le modalità economiche di esercizio dell'attività (intesa come marginalità economica) potrebbe succedere che un ente possa modificare la propria qualifica da "commerciale" a "non commerciale"¹⁰.

Occorre inoltre sottolineare la variazione della qualifica da "ente commerciale" a "ente non commerciale" avviene nell'anno stesso di cambiamento delle attività svolte¹¹.

L'incertezza impone agli amministratori di programmare ex ante il volume dell'attività dell'ente e la marginalità dell'attività svolte dall'ente in modo da programmare e prognosticare in anticipo la permanenza o meno nella categoria degli enti del terzo settore non commerciali.¹²

Le conseguenze di un assoggettamento ad una qualifica commerciale dell'ente può portare a conseguenze economiche negative molto rilevanti per l'ente.

L'assunzione della qualifica di ente del terzo settore commerciale comporta l'attrazione di tutte le fonti reddituali nella categoria del reddito di impresa, sulla quale verrà applicata un'unica imposta.

Soprattutto non potranno trovare applicazione le norme di favore previste per gli enti non commerciali ed in particolare:

- l'art. 79 comma 4 lettera a), riguarda la non imponibilità dei "Fondi pervenuti a seguito di raccolte pubbliche effettuate occasionalmente anche mediante offerte di modico valore o di servizi ai sovventori, in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione"; infatti il presupposto applicativo di questa norma è che l'Ets sia non commerciale.
- l'art 79 comma 4 lettera b) che prevede che la non imponibilità dei "contributi e gli apporti erogati da parte delle amministrazioni pubbliche" per lo svolgimento di attività di interesse generale; anche in questo caso si ritiene¹³ che il presupposto sia che l'ente debba essere qualificato come non commerciale.

¹⁰ In tal senso vedi: P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo Settore*, Bologna, Mulino, 2018, p. 114.

¹¹ Art 79 comma 5 ter del D.lgs 117/2017.

¹² In tal senso vedi: P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo Settore*, Bologna, Mulino, 2018, p. 115.

¹³ In tal senso vedi: P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo Settore*, Bologna, Mulino, 2018, p. 115.

- non trova applicazione il regime forfettario previsto dall'art. 80, che stabilisce la possibilità di applicare un regime forfettario per le attività qualificate come commerciali di Ets non commerciali.

Le agevolazioni fiscali sono quindi rivolte a Enti del Terzo settore “non commerciali”, in quanto svolgono attività di interesse generale con modalità non commerciali e possono svolgere attività commerciali in via residuale.

Infatti per il codice del terzo settore l'ente che svolga in via prevalente o esclusiva un'attività di tipo commerciale deve optare per la qualifica dell'impresa sociale così come delineata dalla normativa del d.lgs n. 112/2017.

4. Regime forfettario per gli enti del Terzo settore non commerciali

Il codice del terzo settore prevede un regime fiscale opzionale per gli enti non commerciali che svolgano attività commerciale (non prevalente) che prevedere la determinazione forfettaria del reddito d'impresa applicando all'ammontare dei ricavi conseguiti nell'esercizio di attività commerciali un coefficiente di redditività. Ai ricavi devono essere aggiunte le plusvalenze patrimoniali (art. 86 tuir), le sopravvenienze attive (art. 88 Tuir), dividendi ed interessi (art. 89 tuir) e ricavi immobiliari (art. 90 tuir).

Attività di prestazioni di servizi

Ricavi	Coefficiente di redditività
Fino ad Euro 130.0000	7%
Da Euro 130.001 a Euro 300.000	10%
Oltre Euro 300.000	17%

Altre attività

Ricavi	Coefficiente di redditività
Fino ad Euro 130.0000	5%
Da Euro 130.001 a Euro 300.000	7%
Oltre Euro 300.000	14%

In caso di contemporaneo esercizio di prestazioni di servizi e di altre attività il coefficiente deve essere determinato con riferimento all'ammontare dei ricavi dell'attività prevalente.

In caso di non distinta annotazione dei ricavi si considerano prevalenti le attività di prestazioni di servizi.

5. Il Regime delle organizzazioni di volontariato, degli enti filantropici e delle associazioni di promozione sociale

Con l'intento di graduare il trattamento fiscale in ragione della meritevolezza dell'attività svolta e degli interessi perseguiti il legislatore ha introdotto per le organizzazioni di volontariato, per gli enti filantropici e per le associazioni di promozione sociale ulteriori disposizioni tributarie di favore.

L'art. 84 del Codice del Terzo Settore prevede una "*decomercializzazione*" di alcune attività svolte dalle Odv e degli enti filantropici se svolte senza l'impiego di mezzi organizzati professionalmente per fini di concorrenzialità sul mercato:

- a) attività di vendita di beni acquisiti da terzi a titolo gratuito a fini di sovvenzione, a condizione che la vendita sia curata direttamente dall'organizzazione senza alcun intermediario;
- b) cessione di beni prodotti dagli assistiti e dai volontari sempreché la vendita dei prodotti sia curata direttamente dall'organizzazione di volontariato senza alcun intermediario;
- c) attività di somministrazione di alimenti e bevande in occasione di raduni, manifestazioni, celebrazioni e simili a carattere occasionale.

Inoltre per le Odv i redditi degli immobili destinati in via esclusiva allo svolgimento di attività non commerciale sono esenti dall'imposta sul reddito delle società.

L'art. 85 del Codice del terzo settore invece prevede una "*decomercializzazione*" di alcune attività svolte dalle associazioni di promozione sociale:

- a) attività di diretta attuazione degli scopi istituzionali effettuate verso pagamento di corrispettivi specifici nei confronti dei propri associati e dei familiari conviventi degli stessi, ovvero degli associati di altre associazioni che svolgono la medesima attività e che per legge, regolamento, atto costitutivo o statuto fanno parte di un'unica organizzazione locale o nazionale, nonché nei confronti di enti composti in misura non inferiore al settanta per cento da ETS;
- b) le cessioni anche a terzi di proprie pubblicazioni cedute prevalentemente agli associati e ai familiari conviventi degli stessi verso pagamento di corrispettivi specifici in attuazione degli scopi istituzionali;
- c) per le associazioni di promozione sociale ricomprese tra gli enti a carattere nazionale iscritte nell'apposito registro, le cui finalità assistenziali siano riconosciute dal Ministero dell'interno, non si considera in ogni caso commerciale, anche se effettuata a fronte del pagamento di corrispettivi specifici, la somministrazione di alimenti o bevande effettuata presso le sedi in cui viene svolta l'attività istituzionale da bar e esercizi similari, nonché l'organizzazione di viaggi e soggiorni turistici, sempre che vengano soddisfatte le seguenti condizioni:
 - I. tale attività sia strettamente complementare a quelle svolte in diretta attuazione degli scopi istituzionali e sia effettuata nei confronti degli associati e dei familiari conviventi degli stessi;
 - II. per lo svolgimento di tale attività non ci si avvalga di alcuno strumento pubblicitario o comunque di diffusione di informazioni a soggetti terzi, diversi dagli associati.
- d) le attività di vendita di beni acquisiti da terzi a titolo gratuito a fini di sovvenzione, a condizione che la vendita sia curata direttamente dall'organizzazione senza alcun intermediario e sia svolta senza l'impiego di mezzi organizzati professionalmente per fini di concorrenzialità sul mercato.

In ogni caso vengono considerate "*commerciali*" lo svolgimento delle seguenti attività:

- le cessioni di beni nuovi prodotti per la vendita, le somministrazioni di pasti, le erogazioni di acqua, gas, energia elettrica e vapore, le prestazioni alberghiere, di alloggio, di trasporto e di deposito e le prestazioni di servizi portuali e aeroportuali nonché le prestazioni effettuate nell'esercizio delle seguenti attività:
 - a) gestione di spacci aziendali e di mense;
 - b) organizzazione di viaggi e soggiorni turistici;
 - c) gestione di fiere ed esposizioni a carattere commerciale;
 - d) pubblicità commerciale;
 - e) telecomunicazioni e radiodiffusioni circolari.

L'ultimo comma dell'art. 85 del Cts prevede, come disposto anche per le Odv, che i redditi derivanti dagli immobili destinati in via esclusiva allo svolgimento di attività non commerciale da parte delle Aps sono esenti dall'imposta sul reddito delle società.

L'art. 86 del Cts inoltre propone per le Odv e Aps un regime forfettario applicabile alle attività commerciali, a prescindere dalla qualifica dell'ente come "commerciale" o "non commerciale"¹⁴ ai sensi dell'art. 79 del codice del terzo settore. Il suddetto regime può essere applicato solo per ricavi da attività commerciale inferiori ad Euro 130.000 nel periodo di imposta in cui deve essere applicato.

Il suddetto regime forfettario per Aps e Odv prevede l'applicazione di un coefficiente di redditività così suddiviso:

Ricavi commerciali	Odv	Aps
< 130.000 per ogni anno	1%	3%

Bibliografia:

Consorti, P., Luca, G., & Rossi, E. (2018). *Diritto del terzo settore*. Società editrice il Mulino spa.

Ministero del lavoro e delle Politiche sociali (2018). Circolare n. 20 del 27 dicembre 2018. *Codice del Terzo settore. Adeguamenti statutari*.

Pagamici, B. (2017). *La riforma del terzo settore e dell'impresa sociale*. Padova, Primiceri Editore.

Repubblica Italiana (2016). LEGGE 6 giugno 2016, n. 106. Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale. (16G00118) (GU Serie Generale n.141 del 18-06-2016).

Repubblica Italiana (2017). DECRETO LEGISLATIVO 3 luglio 2017, n. 117 Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00128) (GU Serie Generale n.179 del 02-08-2017 - Suppl. Ordinario n. 43).

Repubblica Italiana (2017). DECRETO LEGISLATIVO 3 luglio 2017, n. 112. Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell'articolo 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00124) (GU Serie Generale n.167 del 19-07-2017).

¹⁴ In tal senso: B. Pagamici, *La riforma del terzo settore e dell'impresa sociale*, Padova, Primiceri Editore, 2017, p. 133.

European journal of volunteering and community-based projects Vol.1, No 1; 2020

ISSN: 2724-1947

Published by Odv Casa Arcobaleno

Repubblica Italiana (1986). Testo unico del 22/12/1986 n. 917 -Testo unico delle imposte sui redditi.Pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 31 dicembre 1986 e successive modifiche.

The use of micafungin in neonates and children: A systematic review

Silvana Secinaro

Department of Management, University of Turin, Turin, Italy e-mail:
silvana.secinaro@unito.it

Valerio Brescia

Department of Management, University of Turin, Turin, Italy e-mail:
valerio.brescia@unito.it

Davide Calandra

Department of Management, University of Turin, Turin, Italy e-mail:
davide.calandra@unito.it

Giovanni P. Verardi

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Rome, Italy, e-mail: gparide.verardi@opbg.net

Fabrizio Bert

Department of Public Health Service, University of Turin, Turin, Italy, e-mail:
fabrizio.bert@unito.it

Abstract

BACKGROUND: About 10% of newborns under 1000 g have problems related to candidiasis. The mortality rate is still very high today, and new types of drugs are used for the treatment. To this end, the researcher conducts a systematic review concerning the clinical use of the micafungin drug in children and its impact regarding cost-effectiveness.

METHODS: The research used the PRISMA statements methodology to include all clinical and economic findings concerning the treatment of candidiasis through micafungin in infants and children.

RESULTS: The research considers 13 clinical sources related to the use of micafungin belonging to the echinocandin family and a source of an economic nature. As highlighted by the research, micafungin is used in neonates for candida treatment with doses ranging from 0.4 to 10 mg/kg/ day on average for 15 days, and in children, the dose decreases slightly between 0.8 and 7.7 mg/kg/ day with a treatment period between 5 and 45 days.

CONCLUSIONS: The use and efficacy of micafungin are features validated by several international clinical trials, success rates and conclusions confirm its validity. The analysis present in the literature on costs highlights how this disease is associated with higher costs due to the high number of days of hospitalization and for the administration of the drug.

1. Introduction

Candidiasis management can occur using different pharmaceutical therapies. According to the paper by Santolaya et al. (Santolaya et al., 2013; Santolaya Maria E. et al., 2013), the choice is based on the clinical background of the individual patient, the level of disease spread and the existence of other risk factors. Several drugs can be used in the treatment of candida. The first type refers to medications belonging to the antimycotic class of triazole, which includes fluconazole which is administered orally (Greenberg & Benjamin, 2014). The further possibility is given by antifungal therapies (casopfungin, anidulafungin, and micafungin).

In particular, micafungin is a semi-synthetic lipopeptide antifungal, it belongs to the class of echinocandins (Sucher et al., 2009) and it is produced by modifying the fermentation of "*Coleophoma empetri*" (Buck M., 2014). Its use is implemented in newborns and pediatric children with candidiasis by intravenous infusion throughout 60 minutes. The single daily dose of the drug allows to have a low rate of adverse events in patients (Smith et al., 2009). The drug has been shown to have a broad spectrum of efficacy against candida (Manzoni et al., 2014).

Patients with candida generally present a clinical picture aggravated by low immunocompetent defences. For this reason, often the medical staff is forced to invasive procedures such as the using of external oxygen, central venous catheters, endotracheal tubes, broad-spectrum antibiotics, high doses of corticosteroids (Manzoni et al., 2014).

In newborns, the most severe risk cause for candidiasis is age (Santolaya et al., 2013). The incidence of the disease for newborns weighing less than 1000 g is around 10% (Benjamin et al., 2010); the mortality rate in the case of age <28 weeks and <1000 g is between 40-50% of cases (Benjamin et al., 2004, 2006; Makhoul et al., 2002).

For children older than 28 weeks and up to 18 years, the main risk factor for candidiasis infection is cancer (Blyth et al., 2009). In addition to this, the disease occurs in the case of prolonged treatments that cause severe mucositis neutropenia, patients undergoing induction of acute myeloid leukemia, non-Hodgkin's lymphoma, patients in post-transplantation of bone marrow with a myeloablative regimen (Santolaya Maria E. et al., 2013). An increased risk can also be brought about by inherited immune disorders (Hill, 1998). For this evidence, candidiasis is one of the significant causes of morbidity and mortality, particularly in the case of invasive candidiasis (Steinbach, 2016).

For this evidence, candidiasis is one of the significant causes of morbidity and mortality, particularly in the case of invasive candidiasis (Steinbach, 2016).

One of the features of candidiasis in pediatric age is that it has higher rates of aggression towards subjects already in critical condition, this leads to a mortality rate of 10% (T. Zaoutis, 2010).

This situation has a particular impact on the economic management aspects of healthcare companies. In many cases, the days of hospitalization are prolonged for an average period of 21.1 days, which creates an average increase in hospital costs of \$ 39.331 (T. E. Zaoutis et al., 2005).

The systematic review intends to give a clinical and economic vision to the use of micafungin in newborns and children under the age of 19.

2. Materials and methods

The systematic research was set up according to the criteria of the Preferred Reporting methodology items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statements (Liberati et al., 2009).

The search for results took place in October and November 2018 by questioning the PubMed and Scopus platforms.

For the selection of results, the team independently used the following keywords: Micafungin AND Infants, Micafungin AND cost-effectiveness AND Infants, Micafungin AND costs AND Infants, Micafungin AND cost-effectiveness.

The collection of references used the following criteria:

- papers are written in Italian, English or Spanish;
- publication date from 2005;
- papers on patients of child and/or pediatric age, both clinical and economic;
- reading of the title and the abstract.

Inversely, the following exclusion criteria were used:

- articles that consider the risk of infection exclusively and not the clinical and/or economic aspect;
- articles with analysis exclusively for adults.

The choice that has been made, due to the lack of cost-effectiveness analysis of the treatments, has been to include in the same article both clinical and economic elements.

For the selection of clinical cases, the research team reported in Table 1 the information present in the sample of selected articles. The Table shows the number of clinical cases analysed, the country, the population target divided among newborns or infants, the progress of the disease, the dose of the administered drug, additional information regarding the type of patient and weight (when available), the duration of the treatment, the success rate/conclusion of the study in question.

The selection of cases related to the cost-effectiveness of micafungin treatment, in Table 2, included information regarding the country, the age of patients, the number of patients, the minimum and the maximum number of days of hospitalization and the minimum and maximum increase of costs incurred by hospitals.

3. Results

Systematic research has obtained 599 results.

After selecting the articles according to the inclusion criteria above, 22 sources were selected for full reading (Figure 1). Of these 8 were double; 14 articles were valid for inclusion in the systematic review (Arrieta et al., 2011; Bochennek et al., 2015; Buck M., 2014; Hope et al., 2010; Kawaguchi et al., 2009; Kobayashi et al., 2015; Kovanda et al., 2018; Maximova et al., 2017; Queiroz-Telles et al., 2008; Santolaya et al., 2013; Santolaya Maria E. et al., 2013; Smith et al., 2009; Styczynski et al., 2016).

The selection of the keywords did not allow to find a sufficient study sample concerning the cost-effectiveness of the administration of micafungin in the case of infants and children. In one case, explicit reference is made to the issue of economic evaluation; the result will be presented in table 2.

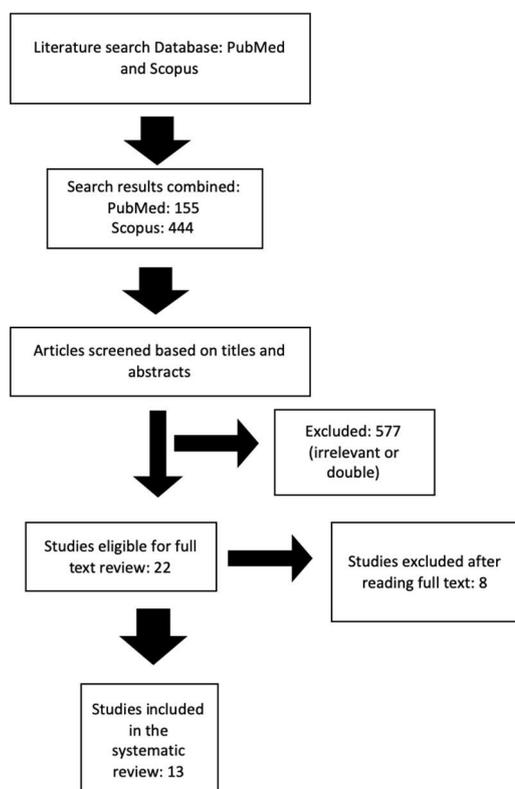


Figure 1.— Flow chart of the included and excluded studies. Information flow chart of the different steps of the systematic review.

For a more proactive analysis, we believe it is useful to start with the target of the population as the reference benchmark (except for the case presented by Buck M. (Buck M., 2014), in which we will first refer to the subdivision of patients' weight). From this element it will then be possible to activate further verification elements that include the number of clinical cases, the degree of spread of the disease, the dose of the administration, the additional information (weight or presence of particularities in the

administration), duration of treatment, the rate successful with relative conclusion of the clinical trial. Finally, the year of publication of the results will be highlighted.

First of all, the articles retrieved consider as “infants” the subjects between 3 days and 28 weeks after birth. In this population, the presence of candidiasis provides a treatment between 0.4 and 10 mg/ kg/day. The treatment period is between 1 and 34 days with a more used treatment period of 15 days. The clinical trial establishes the good tolerability of the drug. It must be considered the heterogeneity of the studies. For example, the research of Arrieta et al. (Arrieta et al., 2011) includes 40 % of patients with neutropenia, while in other studies the range of weight of subjects examined was very different. In the analysis of Kawaguchi et al. (Kawaguchi et al., 2009) the range of weight was 579.3 g (\pm 80.5 g) with a while in the analysis of Kovanda et al. (Kovanda et al., 2018) it is between 0.5 and 4.8 kg.

If the disease has a more advanced and systemic stage of development there is a remodeling of the treatments; in particular, the treatment involves a higher dosage between 8-15 mg/kg /day. Again, it must be taken into account the heterogeneity of studies retrieved.

The research of Hope et al. (Hope et al., 2010) considering newborns with a weight between 640 g and 4615 g, the doses of micafungin administered are divided between loading dose equal to 15 mg/kg/day and 10 as loading dose equal to 10 mg/kg/day, the period of administration is between 5 and 45 days. The therapy did not present any adverse events.

In the case of Maximova et al. (Maximova et al., 2017), the average weight is 3240 g with a treatment administered in patients three days after allogeneic stem cell transplantation the micafungin was administered for doses between 8 and 15 mg/kg/day, the success rate of the therapy was equal to 78.20%. Santolaya et al. (Santolaya et al., 2013), instead, considered patients are weighing more than 1000 g, and the treatment in these subjects was given at a dose of 15 mg/day for seven days (Queiroz-Telles et al., 2008), the success rate of therapy was 57,10%.

In case of suspected systemic infection, the dose is 15 mg/ kg/day, the weight of the newborns is 775 g with a treatment of 5 days (Smith et al., 2009).

The sample of clinical trials concerning pediatric patients covers a period of birth from 2 months to 18 years. In the case of candidiasis, the conventional treatment is between 0.8 and 7.7 mg/ kg/day with a duration between 15 and 19.7 days. The success rate for Arrieta et al. (Arrieta et al., 2011) it is not shown but as the authors say, micafungin was well tolerated by children of all ages, for Kobayashi et al. (Kobayashi et al., 2015) is 88,20%, in the case of Queiroz-Telles et al. (Queiroz-Telles et al., 2008) is 72,90%.

In evidence of increased invasiveness of candidiasis, research in the literature suggests a dose of micafungin ranging from 2 to 6 mg/ kg/day. Invasive candidiasis is usually associated with hospitalized patients who have undergone surgery and who have been given broad-spectrum antibiotics. Indeed, in the research of Santolaya Maria E. et al. (Santolaya Maria E. et al., 2013) the minimum dose that is administered is 2 mg/kg/day, but in case of non-response to treatment, it is possible to increase it with 4 mg/kg/day

others. This applies to patients weighing less than 40 kg, plus in this case, the successful treatment occurs 14 days after the first negative hemoculture. The duration of the treatment is between 14 and 313 days.

Then there are clinical cases involving patients with pediatric hemato-oncology (PHO) and hematopoietic stem cell transplantation (HSCT).

The research of Steinbach (Steinbach, 2016) considered patients with PHO. The administration of micafungin was made for doses ranging from 1 to 2 mg/kg/day for 11 days; in 63 patients already treated for 4.2 months with acute leukemia therapy. The doses of micafungin administered in these patients ranged from 1 to 2 mg/kg/day for 11 days, and the success rate was around 85%. Even, the research of Steinbach (Steinbach, 2016) included pediatric patients in HSCT, the therapy based on micafungin is between 1 and 2 mg/kg/day for a period of administration of 15 days. In that study, the 30 patients came from 2.3 months of treatment for HSCT, and the success rate of micafungin treatment was 60%. Also, the research by Bochennek et al. (Bochennek et al., 2015) refers to children treated for Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL), Acute Myeloid Leukemia (AML), and acute high-risk relapse, as well as children undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. In this case, the administration does not take place through daily intravenous infusions, but biweekly, this element represents the exception compared to other studies. The dose, in this case, is 3-4 mg/kg/day.

The evidence of Buck M. (Buck M., 2014) refers to a trial of the University of Virginia School of Medicine, in particular, is made to the classification of patient weight and pharmacokinetic data, in particular, the study concerning the use of micafungin takes into account children (from 4 months to 16 years) with a weight of less than 30 kg. In the first case the dose of the drug was daily and equal to 1, 2, 3 mg/kg/ day; children weighing more than 30 kg received a daily dose of 1, 2, 2.5 mg/kg/ day.

Our systematic review also includes the elements of evaluation concerning the cost-effectiveness of the treatment (table 2). This information makes it possible to verify the number of resources invested in the treatment of candidiasis.

The economic information allows evaluating the concept of efficiency understood as the maximum value obtainable and the result achieved for each unit of expenditure (Zilberger M. D. & Shorr A. F., 2010). The search criteria used allowed to obtain only one result referred to the cost-effectiveness in the use of micafungin. According to the analysis by Santolaya Maria E. et al. (Santolaya Maria E. et al., 2013) which considers 1118 hospital admissions for candidiasis, children suffering from this disease have a time of hospitalization equal to 44.8 days against an average period of 23.7 days in case of absence. The value of direct and indirect costs for a patient with candidiasis is \$ 183,645 compared to a cost of \$ 91,379 for patients hospitalized but without candidemia (T. E. Zaoutis et al., 2005). This creates an increase in hospitalization days averaging 21.1 and costs of \$ 92.266.

In the end, the research team provides a timeline of the analyses included in the systematic review. In the case of newborns, 50% of the results are before 2013, and only 3 elements are more recent. Studies concerning the use of micafungin in pediatric

age, on the other hand, confirm greater attention in recent years, in particular, 75% of the results were published after 2013, only 25% before this year.

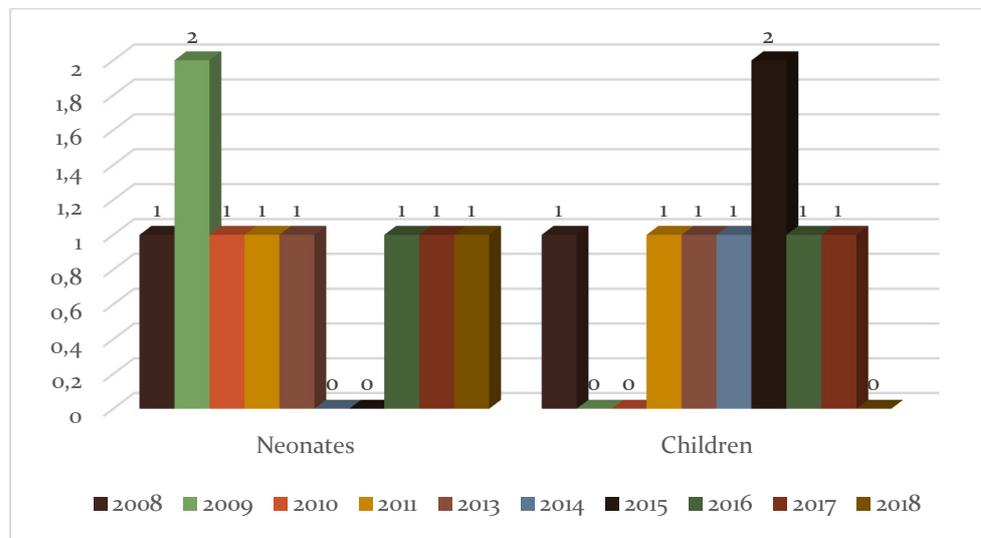


Figure 2.— Search results per year

Table 1: Studies characteristics for micafungin in neonates and children. The table summarizes the main characteristics of the different studies regarding the number of clinical studies, country, target population, stage of disease, micafungin dose, additional information, duration of treatment, successful rate/conclusion and year.

Source	Number of clinical studies	Country	Target population	Stage of disease	Micafungin dose	Additional information	Duration of treatment	Successful rate - Conclusion	Year
(Arrieta et al., 2011)	296	Europe, USA and Asia	Neonates: < 4 weeks and Children (0 - 16) years	Candidiasis	0.4 - 8.6 mg/kg/day and 0.8 - 7.7 mg/kg/day	40% of patients are neutropenic	15 days	Micafungin was well tolerated by children at all ages including those with life-threatening underlying conditions.	2011
(Bochennek et al., 2015)	21	UK	Children (0.2 - 16) years	Invasive fungal disease	3 - 4 mg/kg/twice weekly	Na	20 - 313 days	Approved dosages	2015
(Buck M., 2014)	229	USA	Children (4 months - 16 years)	Candidiasis (Acute, Esophageal, Infections in HSCT Recipients)	1 - 2 - 3 mg/kg/day and 1 - 2 - 2.5 mg/kg/day	Weight < 30 kg and Weight > 30 kg	Na	Na	2014
(Hope et al., 2010)	47+18	UK	Neonates 26.8 weeks and Infants	Systemic candidiasis Suspected or proven disseminated candidiasis	Loading dose 15 mg/kg/day - maintenance dose 10 mg/kg/day (neonates) 0,75 - 15 mg/kg/day (infants)	Weight: 640.0–4615.0 g (Neonates) Weight: 0.54 - 4.5 kg (Infants)	5 days - max 45 days (validated by the doctor and based on maintenance dose) for Infants	No adverse event associated (neonates) - 82,6% (infants)	2010

Table 1: continued.

Source	Number of clinical studies	Country	Target population	Stage of disease	Micafungin dose	Additional information	Duration of treatment	Successful rate	Conclusion	Year
(Kawaguchi et al., 2009)	4	USA	Premature Neonates (0.9 - 27 weeks - 24,1 weeks)	Premature infants diagnosed with Candida infections	0,5 - 1.0 mg/kg/day	Weight: 579,3 g (\pm 80.5 g)	3.1 - 9.8 days	Effective and tolerable		2009
(Kobayashi et al., 2015)	201	Japan	Children (0 - 16) years	Candidiasis	1 mg/kg/day up to 6 mg/kg/day	Na	19.7 days	88,20%		2015
(Kovanda et al., 2018)	12+27	Europe	Neonates (3 - 119) days	45% of invasive candidiasis	2 - 10 mg/kg/day	Weight: 0.5 - 4,8 kg	1 to 34 days (14 days)	73% - 83%		2018
(Maximova et al., 2017)	47+18	Italy	Children (0 - 17) years - Neonates mean 2.33 months	Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) patients - Systemic candidiasis	mean 105.9 +- 28.9 mg/m ² /day - 8 - 15 mg/kg/day	Treatment with micafungine began 3 days after transplantation - Weight: 3,24 kg	13.1 - 30.1 days	87,2% (children) - 78,20% (infants)		2017
(Queiroz-Telles et al., 2008)	48	USA	Neonates and children (0 - 16) years	Na	2 mg/kg/day	Na	15 days	72,90%		2008

Table 1: *continued.*

Source	Number of clinical studies	Country	Target population	Stage of disease	Micafungin dose	Additional information	Duration of treatment	Successful rate - Conclusion	Year
(Santolaya Maria E. et al., 2013)	88	Latin America	Children (0,2 - 18 years)	Invasive; after 4 days of antibacterial therapy that continued with fever and neutropenia	2 mg/kg/day if the body weight is <=40 kg	The study recommends that the dose can be increased up to 4 mg / kg / day if the response to the drug is not appropriate for patients weighing <= 40 kg.	14 days after the first negative blood culture and after the clinical resolution of the infection.	Na	2013
(Santolaya et al., 2013)	213	Latin America	Neonates <= 28 days	Invasive	0,75-3.0 mg/kg with a body weight >1000 g (Heresi et al., 2006)	15 mg/kg/day once daily, success treatment in 7 days (Queiroz-Telles et al., 2008)	14 days after the first negative blood culture and after the clinical resolution of the infection.	57,10%	2013
(Styczynski et al., 2016)	12	USA	Neonates mean 27weeks	Suspected systemic infections	15 mg/kg/day	Weight: 775 g	5 days	Na	2009
(Styczynski et al., 2016)	63+30	Poland	Children (0,1 - 19) years and Children (0,2 - 17,8) years	Pediatric hemato-oncology (PHO) and Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) patients	1 - 2 mg/kg/day	The 63 patients come from 4.2 months of acute leukemia therapy, while the other 30 comes from 2.3 months of cure for HSCT.	11 days (PHO) and 15 days (HSCT)	85% (PHO) - 60% (HSCT)	2016

Table 2: economic evaluations referred to micafungin treatment for pediatric patients.

Source	Country	Age	<i>Increase days of hospitalization</i>		<i>Increase in total per-patient hospital charges</i>		Year	
			Hospital admission	Number of days minimum	Number of days maximum	Minimum value		Maximum value
(T. Zaoutis, 2010)	USA	1 to 18 years old	1118 patients	14.4	27.8	65,058 \$	119,474 \$	2005

4. Discussion

The 13 medical articles characterize the scientific evidence and focus exclusively on the clinical features related to the diagnosis and pharmacokinetics of micafungin. The intrinsic nature and the applicability of the drug have allowed creating different interpretations to study the effects of children both in neonatal and pediatric age.

The analysis reported studies that selected patients not only under conditions of stable candidiasis but also invasive or exposed to organ transplants or neutropenic patients.

The articles that analyse in their studies the effects of the drug in newborns consider a period of birth between a few days and 24 weeks (Arrieta et al., 2011; Hope et al., 2010; Kawaguchi et al., 2009; Kovanda et al., 2018; Maximova et al., 2017; Queiroz-Telles et al., 2008; Santolaya et al., 2013; Smith et al., 2009; Steinbach, 2016) and reflect a level of administration up to 10 mg/kg/day.

Only two results deal with the analysis and efficacy of micafungin in infants younger than one month of life (Kovanda et al., 2018; Santolaya et al., 2013), in these cases the initial dose is fixed in 2 mg/kg/day with a possible increase up to 15 mg/kg/day in order to mitigate the risks from overexposure to candidiasis (Queiroz-Telles et al., 2008). The frequency of drug administration in these results is always daily.

The remaining sample deals with effects in children aged one to 19 years (Arrieta et al., 2011; Bochennek et al., 2015; Buck M., 2014; Kobayashi et al., 2015; Queiroz-Telles et al., 2008; Santolaya Maria E. et al., 2013; Styczynski et al., 2016). These cases have lower amounts of drug intake compared to newborns; inversely there is an increase in the duration of treatment. The reported cases present a frequency of administration mostly daily with a single bi-weekly administration element.

In addition, the two articles of Santolaya Maria E. et al and Santolaya et al. (Santolaya et al., 2013; Santolaya Maria E. et al., 2013) discuss the direct issue of the treatment

of candidiasis in infants and children respectively in the case of standard prophylaxis, and in case of invasive treatments for advanced diseases. The approach that is shown, in a first phase, in fact, consists in a real action of detecting risks and subsequently mitigating them; key elements to reducing the incidence of the disease and associated costs (T. E. Zaoutis et al., 2005).

The main limitation of the study consisted of the low number of cost-effectiveness analyses not yet present for the target object of study. The economic analysis in these cases allows to evaluate better and make decisions essential for the correct application of care; even in the healthcare world, economic analysis can support choices, especially in a context of scarcity of resources (Zilberger M. D. & Shorr A. F., 2010).

5. Conclusions

The condition of candidiasis still shows a very high percentage of incidence, the most worrying values concern the newborns who have mortality rates between 40% and 50%.

The use of echinocandins including micafungin allows clinicians to manage the disease and obtain response rates that increase in the case of initial and newly diagnosed candidiasis and decrease for the most severe cases.

What emerges from the literature included in the systematic analysis is a high and multidimensional clinical knowledge regarding neonatal and pediatric age that also includes invasive levels of elevated candidiasis. A different case is the analysis of cost-effectiveness, limited in this case to a single result which, however, shows how the incidence of the disease leads to an increase in hospital management costs of 49.76% compared to non-patients affected by this pathology; this, therefore, involves very high costs due both to the increase in the days of hospitalization of patients and to the administration of micafungin (T. E. Zaoutis et al., 2005).

The aim of the research was to highlight how the drug is used in infants and children and what hospital costs are associated with candida treatment.

In conclusion, the review highlights that:

- micafungin is used in newborns to treat candida with a dose between 0.4 and 10 mg/kg/day on average for 15 days;
- micafungin is used in newborns with invasive candida with a higher dose of between 8 and 15 mg/kg/day with a treatment period varying between 5 and 45 days;
- micafungin is used in children with candida with a dose between 0.8 and 7.7 mg/kg/day with a duration between 15 and 19.7 days. This also happens in the case of invasive candida but with a treatment period between 14 and 313 days;
- the cost-effectiveness analysis shows that the incidence of costs for candidiasis cases is about 50% higher compared to neonatal and pediatric patients not affected by candidiasis (T. E. Zaoutis et al., 2005);
- the high rates of mortality and high costs require the adoption of effective measures to prevent and treat the disease.

What is hoped for is to provide a more comprehensive picture of the use of the drug from a clinical point of view; the aim is to act promptly to eradicate the disease by increasing patients' survival and decreasing the associated costs.

References

Arrieta, A. C., Maddison, P., & Groll, A. H. (2011). Safety of micafungin in pediatric clinical trials. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 30(6), e97–e102. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3182127eaf>

Benjamin, D. K., DeLong, E., Cotten, C. M., Garges, H. P., Steinbach, W. J., & Clark, R. H. (2004). Mortality Following Blood Culture in Premature Infants: Increased with Gram-negative Bacteremia and Candidemia, but Not Gram-positive Bacteremia. *Journal of Perinatology*, 24(3), 175–180. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211068>

Benjamin, D. K., Stoll, B. J., Fanaroff, A. A., McDonald, S. A., Oh, W., Higgins, R. D., Duara, S., Poole, K., Laptook, A., & Goldberg, R. (2006). Neonatal Candidiasis Among Extremely Low Birth Weight Infants: Risk Factors, Mortality Rates, and Neurodevelopmental Outcomes at 18 to 22 Months. *Pediatrics*, 117(1), 84–92. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2292>

Benjamin, D. K., Stoll, B. J., Gantz, M. G., Walsh, M. C., Sánchez, P. J., Das, A., Shankaran, S., Higgins, R. D., Auten, K. J., Miller, N. A., Walsh, T. J., Laptook, A. R., Carlo, W. A., Kennedy, K. A., Finer, N. N., Duara, S., Schibler, K., Chapman, R. L., Van Meurs, K. P., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2010). Neonatal candidiasis: Epidemiology, risk factors, and clinical judgment. *Pediatrics*, 126(4), e865-873. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3412>

Blyth, C. C., Chen, S. C. A., Slavin, M. A., Serena, C., Nguyen, Q., Marriott, D., Ellis, D., Meyer, W., & Sorrell, T. C. (2009). Not Just Little Adults: Candidemia Epidemiology, Molecular Characterization, and Antifungal Susceptibility in Neonatal and Pediatric Patients. *Pediatrics*, 123(5), 1360–1368. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2055>

Bochennek, K., Balan, A., Müller-Scholden, L., Becker, M., Farowski, F., Müller, C., Groll, A. H., & Lehrnbecher, T. (2015). Micafungin twice weekly as antifungal prophylaxis in paediatric patients at high risk for invasive fungal disease. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 70(5), 1527–1530. <https://doi.org/10.1093/jac/dku544>

Buck M. (2014). *Micafungin Use in the Treatment of Neonatal and Pediatric Fungal Infections*. 4.

Greenberg, R. G., & Benjamin, D. K. (2014). Neonatal candidiasis: Diagnosis, prevention, and treatment. *The Journal of Infection*, 69 Suppl 1, S19-22. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2014.07.012>

Heresi, G. P., Gerstmann, D. R., Reed, M. D., van den Anker, J. N., Blumer, J. L., Kovanda, L., Keirns, J. J., Buell, D. N., & Kearns, G. L. (2006). The pharmacokinetics and safety of micafungin, a novel echinocandin, in premature infants. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 25(12), 1110–1115. <https://doi.org/10.1097/01.inf.0000245103.07614.e1>

Hill, A. V. S. (1998). The Immunogenetics of Human Infectious Diseases. *Annual Review of Immunology*, 16(1), 593–617. <https://doi.org/10.1146/annurev.immunol.16.1.593>

Hope, W. W., Smith, P. B., Arrieta, A., Buell, D. N., Roy, M., Kaibara, A., Walsh, T. J., Cohen-Wolkowicz, M., & Benjamin, D. K. (2010). Population Pharmacokinetics of Micafungin in Neonates and Young Infants. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 54(6), 2633–2637. <https://doi.org/10.1128/AAC.01679-09>

Kawaguchi, C., Arai, I., Yasuhara, H., Sano, R., Nishikubo, T., & Takahashi, Y. (2009). Efficacy of micafungin in treating four premature infants with candidiasis. *Pediatrics International*, 51(2), 220–224. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2008.02726.x>

Kobayashi, C., Hanadate, T., Niwa, T., Yoshiyasu, T., So, M., & Matsui, K. (2015). Safety and Effectiveness of Micafungin in Japanese Pediatric Patients: Results of a Postmarketing Surveillance Study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 37(5), e285–e291. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000343>

Kovanda, L. L., Walsh, T. J., Benjamin, D. K., Arrieta, A., Kaufman, D. A., Smith, P. B., Manzoni, P., Desai, A. V., Kaibara, A., Bonate, P. L., & Hope, W. W. (2018). Exposure-Response Analysis of Micafungin in Neonatal Candidiasis: Pooled Analysis of Two Clinical Trials. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 37(6), 580–585. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001957>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

Makhoul, I. R., Sujov, P., Smolkin, T., Lusky, A., & Reichman, B. (2002). Epidemiological, Clinical, and Microbiological Characteristics of Late-Onset Sepsis Among Very Low Birth Weight Infants in Israel: A National Survey. *Pediatrics*, 109(1), 34–39. <https://doi.org/10.1542/peds.109.1.34>

Manzoni, P., Wu, C., Tweddle, L., & Roilides, E. (2014). Micafungin in premature and non-premature infants: A systematic review of 9 clinical trials. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 33(11), e291-298. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000000434>

Maximova, N., Schillani, G., Simeone, R., Maestro, A., & Zanon, D. (2017). Comparison of Efficacy and Safety of Caspofungin Versus Micafungin in Pediatric Allogeneic Stem Cell Transplant Recipients: A Retrospective Analysis. *Advances in Therapy*, 34(5), 1184–1199. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0534-7>

Queiroz-Telles, F., Berezin, E., Leverger, G., Freire, A., van der Vyver, A., Chotpitayasunondh, T., Konja, J., Diekmann-Berndt, H., Koblinger, S., Groll, A. H., Arrieta, A., & Micafungin Invasive Candidiasis Study Group. (2008). Micafungin versus liposomal amphotericin B for pediatric patients with invasive candidiasis: Substudy of a randomized double-blind trial. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 27(9), 820–826. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e31817275e6>

Santolaya, M. E., Alvarado Matute, T., de Queiroz Telles, F., Colombo, A. L., Zurita, J., Tiraboschi, I. N., Cortes, J. A., Thompson-Moya, L., Guzman-Blanco, M., Sifuentes, J., Echevarría, J., & Nucci, M. (2013). Recommendations for the management of candidemia in neonates in Latin America. *Revista Iberoamericana de Micología*, 30(3), 158–170. <https://doi.org/10.1016/j.riam.2013.05.012>

Santolaya Maria E., de Queiroz Telles F., Alvarado Matute T., Colombo A. L., Zurita J., J., Tiraboschi, I. N., Cortes, J. A., Thompson-Moya, L., Guzman-Blanco, M., Sifuentes, J., Echevarría, J., & Nucci, M. (2013). Recommendations for the management of candidemia in children in Latin America. *Revista Iberoamericana de Micología*, 30(3), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.riam.2013.05.010>

Smith, P. B., Walsh, T. J., Hope, W., Arrieta, A., Takada, A., Kovanda, L. L., Kearns, G. L., Kaufman, D., Sawamoto, T., Buell, D. N., & Benjamin, D. K. (2009). Pharmacokinetics of an Elevated Dosage of Micafungin in Premature Neonates. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(5), 412–415. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181910e2d>

Steinbach, W. J. (2016). Pediatric Invasive Candidiasis: Epidemiology and Diagnosis in Children. *Journal of Fungi*, 2(1). <https://doi.org/10.3390/jof2010005>

Styczynski, J., Czyzewski, K., Wysocki, M., Zajac-Spychala, O., Wachowiak, J., Ociepa, T., Urasinski, T., Gryniwicz-Kwiatkowska, O., Kolodziejczyk-Gietka, A., Dembowska-Baginska, B., Perek, D., Salamonowicz, M., Hutnik, L., Matysiak, M., Siewiera, K., Frackiewicz, J., Kalwak, K., Badowska, W., Malas, Z., ... Gil, L. (2016). Micafungin in invasive fungal infections in children with acute leukemia or undergoing stem cell transplantation. *Leukemia & Lymphoma*, 57(10), 2456–2459. <https://doi.org/10.3109/10428194.2016.1143937>

Sucher, A. J., Chahine, E. B., & Balcer, H. E. (2009). Echinocandins: The newest class of antifungals. *The Annals of Pharmacotherapy*, 43(10), 1647–1657. <https://doi.org/10.1345/aph.1M237>

Zaoutis, T. (2010). Candidemia in children. *Current Medical Research and Opinion*, 26(7), 1761–1768. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.487796>

Zaoutis, T. E., Argon, J., Chu, J., Berlin, J. A., Walsh, T. J., & Feudtner, C. (2005). The Epidemiology and Attributable Outcomes of Candidemia in Adults and Children Hospitalized in the United States: A Propensity Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 41(9), 1232–1239. <https://doi.org/10.1086/496922>

NOTES

Conflicts of interest.— The authors certify that there is no conflict of interest with any financial organization regarding the material discussed in the manuscript.

Authors' contributions.— Substantial contributions to the conception or design of the work: Silvana SECINARO and Giovanni P. VERARDI; Acquisition, analysis, or interpretation of data for the work: Valerio BRESCIA, Davide CALANDRA; Drafting the work or revising it critically for important intellectual content: Fabrizio BERT; Final approval of the version to be published: Silvana SECINARO, Valerio BRESCIA, Davide CALANDRA, Giovanni P. VERARDI, Fabrizio BERT.

La valutazione dell'impatto sociale del Servizio Civile sui giovani che l'hanno svolto presso Vol.To nell'anno 2019

Valerio Brescia

Department of Management, University of Turin, e-mail: valerio.brescia@unito.it

Maida Caria

Vol.To Centro Servizi per il Volontariato Torino, e-mail: serviziocivile@volontariato.torino.it

Elena Mapelli

Cooperativa Sociale Il Margine, e-mail: elena.mapelli@ilmargine.it

Abstract: Il report determina l'impatto sociale del Servizio Civile coordinato da Vol.To nel 2019. Il metodo applicato per la valutazione dell'impatto sociale si basa sulla teoria del cambiamento Hyman (2019). La teoria del cambiamento è una metodologia adottata prevalentemente nel settore del sociale con lo scopo di pianificare e valutare progetti che promuovono il cambiamento sociale attraverso la partecipazione e il coinvolgimento dei soggetti. Il processo attuato nell'analisi infatti mira a definire gli obiettivi specifici del servizio civile. In particolare, la Teoria del Cambiamento è costituita da cinque elementi, attraverso i quali è possibile identificare le principali attività necessarie per conseguire gli obiettivi di impatto prefissati e spiegare il nesso causale tra le attività intraprese e gli impatti generati:

- Input: risorse di varia natura utilizzate dall'organizzazione per realizzare il progetto. Gli input vengono poi classificati in base ai benefici ottenuti per valutare l'efficienza globale del progetto.
- Attività: insieme delle azioni concrete svolte per attuare il progetto. Accanto ad ogni attività vengono di norma indicati i costi e gli investimenti sostenuti.
- Output (esiti): risultati concreti, immediati e misurabili prodotti dalle diverse attività programmate.
- Outcome (risultati): l'insieme dei cambiamenti generati sul territorio e sulle persone derivanti dalle attività svolte. Gli outcome possono essere a breve o a lungo termine, specifici o generici, attesi o inattesi, diretti o indiretti (in base al tipo di influenza che esercitano sul destinatario).
- Impatto: rappresenta il cambiamento ascrivibile esclusivamente alle attività dell'organizzazione e quindi indica l'effettiva capacità del progetto di provocare i cambiamenti attesi; è bene ricordare però che il processo di cambiamento spesso è influenzato anche dal contesto generale del territorio in cui opera.

Al fine di valutare i 5 elementi descritti, dati dalla realizzazione e attuazione delle attività del progetto di Servizio Civile di Vol.To sono state utilizzate tre metodologie volte a coprire il gap prodotto da una singola metodologia:

- 1) Raccolta e analisi con questionari
- 2) Storytelling
- 3) Riclassificazione dati economico patrimoniali attraverso linee guide internazionali e regionali e definizione Social Return of Investment (SROI)

Keywords: servizio civile, valutazione impatto sociale, questionari, storytelling, SROI

Doi: [10.5281/zenodo.3870902](https://doi.org/10.5281/zenodo.3870902)

Sommario

DEFINIZIONE DEL CONTESTO DI ANALISI.....	108
SERVIZIO CIVILE NAZIONALE	108
BISOGNO NAZIONALE A CUI RISPONDE IL SERVIZIO CIVILE	108
OBIETTIVO SECONDARIO.....	109
SERVIZIO CIVILE VOL.TO.....	109
BISOGNO A CUI RISPONDE VOL.TO	110
Stakeholders	111
ATTIVITA' SERVIZIO CIVILE NAZIONALE	114
ATTIVITA' SERVIZIO CIVILE VOL.TO	115
OBIETTIVI E KPI correlati.....	115
Metodo	117
Questionari	118
Storytelling.....	118
Riclassificazione valore aggiunto e impatto sociale	118
INPUT	119
ATTIVITA'	119
Formazione generica	119
Formazione Specifica e formazione sul campo	121
Attività progettuali	121
Attività di validazione delle competenze	124
OUTPUT	124
OUTCOMES.....	124
OUTPUT RELATIVI A SKILL E SOFT SKILL.....	126
IMPATTO SOCIALE.....	128
RISULTATI DEI QUESTIONARI	128
STORYTELLING.....	133
Aspetti economici e finanziari con definizione del valore aggiunto e valutazione impatto sociale	134
IMPATTO SOCIALE DI BREVE TERMINE – VALORIZZAZIONE ECONOMICA.....	136
IPOTESI LAVORI FUTURI	137
Breve Bibliografia:.....	139

DEFINIZIONE DEL CONTESTO DI ANALISI

SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

Il Decreto Legislativo 40/2017, nel contesto della Riforma del Terzo Settore, ha istituito il Servizio Civile Universale che prende il posto del precedente Servizio Civile Nazionale con alcune novità ma anche con forti continuità con la previgente disciplina. Il SCU “è finalizzato alla difesa non violenta e non armata della Patria ed alla pace tra i popoli” e “costituisce un istituto di integrazione, di inclusione e di coesione sociale, volto a rinsaldare il rapporto tra il cittadino e le Istituzioni della Repubblica italiana, contribuendo alla tenuta delle Istituzioni democratiche nonché alla costruzione di una democrazia partecipata e di nuove forme di cittadinanza” (dalla CARTA DI IMPEGNO ETICO DEL SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE)

Questa esperienza esclusivamente dedicata ai giovani tra 18 e 28 anni, si può svolgere, oltre che in Italia, anche all'estero, sia in paesi membri dell'Unione Europea che esterni ad essa; la partecipazione è vincolata alla adesione ad un progetto, presentato da un Ente del Terzo Settore, che può durare da 8 a 12 mesi.

A partire dal 2019 la richiesta di partecipazione al Servizio Civile Universale è passata dalla domanda cartacea ad una piattaforma online (piattaforma DOL) che ha obbligato i candidati ad accedere, tramite l'identità digitale SPID, direttamente da PC, tablet o smartphone. Questa “evoluzione informatica” ha permesso, per la prima volta, di acquisire in tempo reale alcuni dati preziosissimi per avere una “lettura” dei ragazzi che si affacciano al mondo del servizio civile: chi sono, cosa si aspettano, da dove vengono, che età hanno, che titolo di studio possiedono, qual è il loro bagaglio d'esperienze, per quali settori ed aree di intervento si sono candidati e tante altre informazioni che in passato si sono perse nei molteplici archivi cartacei degli Enti che le raccoglievano senza la possibilità di definire un quadro complessivo dei giovani che scelgono questa esperienza.

Pertanto, l'analisi del contesto non poteva prescindere dalle molteplici informazioni raccolte nel 1° Rapporto dati DOL “Chi sono i giovani del servizio civile” A cura del Servizio comunicazione del Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale DEL 17 Gennaio 2020, nonostante l'oggetto della nostra valutazione d'impatto siano i giovani che hanno fatto domanda l'anno precedente, ma dei quali non riusciamo a tracciare un identikit nazionale per i motivi illustrati precedentemente.

Al Bando 2019 hanno fatto domanda 85.541 ragazzi tra i 18 e i 28 anni, di cui 83.048 residenti in Italia. La Campania e la Sicilia sono le regioni che hanno un maggior numero di domande presentate, rappresentando così il 35,39% del totale. Il Piemonte rappresenta il 5,33% del campione pari a 4.426 ragazzi in totale. Le maggior parte delle domande si concentrano nella fascia di età 19-20 anni mentre si distribuiscono in maniera uguale dai 21 ai 28 anni. L'età media è di 22,8 anni. Tra i ragazzi che hanno presentato domanda il 68% ha un titolo di scuola superiore di 2° grado, seguiti da coloro che hanno una Laurea triennale e da una Laurea specialistica o magistrale (22,1%). Da sottolineare il fatto che dei 58.209 ragazzi diplomati 18.956 (32,6%) sono iscritti ad un corso di Laurea. I laureati e gli iscritti ad un corso di laurea sono pertanto il 54,7% del totale (1° Rapporto dati DOL “Chi sono i giovani del servizio civile” A cura del Servizio comunicazione del Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale DEL 17 Gennaio 2020).

BISOGNO NAZIONALE A CUI RISPONDE IL SERVIZIO CIVILE

Tra le motivazioni che hanno spinto i ragazzi a presentare domanda di servizio civile al primo posto troviamo l'essere utili agli altri, seguito dall'acquisizione di nuove competenze e dall'affinità al proprio percorso formativo o professionale. Analizzando il dato per macro aree, vediamo che, se è vero che la maggior parte dei ragazzi intende utilizzare l'esperienza di servizio civile per aiutare gli altri

(25,3%), è indubbio che il 38,4% dei ragazzi, ossia rispettivamente il 24,5% e il 13,9%, vuole “migliorarsi” da un punto di visto professionale e, pensando al futuro, aumentare le proprie potenzialità lavorative; il 14,4%, cioè l’11, 2% e il 3,2%, vuole “sfidare” se stesso e mettersi alla prova in un mondo per lui spesso sconosciuto. Ma il dato più interessante è forse che solo il 7% riconduce la propria scelta al desiderio di essere indipendente (1° Rapporto dati DOL “Chi sono i giovani del servizio civile” A cura del Servizio comunicazione del Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale DEL 17 Gennaio 2020)

OBIETTIVO SECONDARIO

Sebbene l’obiettivo del servizio civile non sia creare occupazione direttamente durante il progetto è possibile osservare una ricaduta anche in tal senso. Esso infatti ha l’obiettivo di formare la crescita personale e professionale per i giovani con ricaduta sulla continuità negli studi o dell’occupazione. Ciò nonostante ricopre un ruolo importante soprattutto per quei giovani che devono affrontare per la prima volta il mondo del lavoro e hanno bisogno di una prima esperienza educativa e formativa in un contesto lavorativo protetto. In Piemonte la media di disoccupazione tra i 18 e i 28 anni è pari nel 2019 al 17,67% mentre nel 2018 era pari al 18,35 (Rielaborazione dati ISTAT¹).

SERVIZIO CIVILE VOL.TO

Vol.To, si accredita come Ente di Servizio Civile Nazionale nel 2005 iscrivendosi all’Albo della Regione Piemonte, nel tempo il numero delle sue sedi di accoglienza aumenta fino a diventare, nel 2017, l’unico Ente del privato sociale iscritto in prima classe nel Registro Regionale (con un numero di sedi maggiore di 100).

Con la riforma del Terzo Settore che istituisce il Servizio Civile Universale, Vol.To ripresenta l’accreditamento per 140 sedi di accoglienza in collaborazione con 72 Organizzazioni (Odv, APS, Fondazioni, cooperative sociali, CSV, parrocchie) definite dalla norma “Enti di accoglienza”. Il 9 Gennaio 2020 il Dipartimento per le Politiche giovanili ed il Servizio Civile Universale conferma l’iscrizione, sancendo il passaggio di Vol.To dall’Albo Regionale a quello Nazionale.

In riferimento ai candidati che, nel 2019, hanno presentato domanda di Servizio Civile per i progetti di Vol.To, dal confronto con i dati nazionali emerge che la percentuale dei laureati (laurea triennale, specialistica o magistrale) è decisamente superiore a quella nazionale (31,3% rispetto al 22,1 %) ed è ancora maggiore se confrontiamo il dato con quello regionale che è pari al 19,3%; inevitabilmente il dato relativo ai diplomati iscritti a un corso universitario è per Vol.To più basso rispetto alla media nazionale (28,5% rispetto a 32,6%). Aggregando questi prime due informazioni ne desumiamo che circa il 60% dei giovani che hanno fatto domanda a Vol.To sono laureati od iscritti ad un corso di laurea. Relativamente al possesso di un diploma di scuola media superiore i dati sono abbastanza allineati: 57,6% per Vol.To e 59,57% a livello nazionale. Infine, non è da dimenticare quel 10%, scarso a livello nazionale ed abbondante nel caso di Vol.To, di giovani con un titolo di studio molto basso (scuola primaria o secondaria di primo grado) che più degli altri beneficeranno di una opportunità che, non solo li arricchirà da un punto di vista umano, ma popolerà il loro CV di una esperienza che possiamo definire professionale.

Oggetto della presente indagine sono i giovani che hanno fatto domanda di Servizio Civile con Vol.To nell’anno 2018, per i progetti realizzati nel 2019. Complessivamente sono pervenute 188 domande (23% di domande in più rispetto al 2019) la partecipazione e le caratteristiche dei candidati, come vedremo tra poco, è stata inevitabilmente condizionata da una modalità di adesione più semplice. La

¹ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=20745#>

compilazione delle domande cartacee consentiva ai candidati di essere aiutati al momento della consegna, cosa che non è stata possibile con un sistema interamente informatizzato. Il dato più significativo è quello relativo ai giovani con titolo di studio basso che in questo caso è pari al 18,6%, mentre decisamente più basse (rispetto al 2019) sono le percentuali dei diplomati (53,7%) e dei laureati (27,7%).

Gli operatori idonei sono stati 94 di cui 36 maschi e 58 femmine, 44 giovani sono stati impiegati sul territorio della città di Torino, e 48 nella Provincia di Torino.

Le selezioni hanno premiato maggiormente i diplomati che sono saliti al 59,6% (56 giovani) e penalizzato i giovani con bassa scolarizzazione che sono scesi al 13,8% (13 giovani), mentre i laureati, leggermente diminuiti, sono il 26,6% del totale degli operatori che hanno partecipato ai progetti di Vol.To.



BISOGNO A CUI RISPONDE VOL.TO

Con la progettazione nell'ambito del Servizio Civile Vol.To risponde a due esigenze, da un lato ci sono gli Enti di accoglienza che con l'aiuto degli operatori volontari possono potenziare il loro sostegno alle comunità di riferimento. Approfondendo l'analisi delle iniziative progettuali, si evince che l'attività prevalente rispetto alla totalità dei progetti è quella relativa all'animazione culturale di minori e giovani, pari al 25,7% a seguire troviamo le iniziative rivolte agli utenti con disabilità (20%), inoltre, il sostegno agli anziani, seppure con una percentuale più bassa (17,1%), occupa una buona fetta delle iniziative di Vol.To. Le altre attività sono orientate: al sostegno degli adulti in condizione di disagio, tra cui le donne in difficoltà, oppure in condizioni precarie di salute; attività di tutoraggio scolastico, educazione alla pace ed ai diritti del cittadino ed infine attività di tutela dell'ambiente.

L'altra esigenza a cui risponde ricalca gli obiettivi definiti del progetto nazionale ed evidenzia un orientamento alla possibilità sia di continuare le esperienze di studio che di individuare opportunità di continuità lavorativa, sebbene siano presenti solo 4 cooperative nel progetto orientate all'assorbimento di risorse, 2 fondazioni, un presidio sanitario, mentre i restanti enti sono orientati ad attività di volontariato o di promozione della salute, quindi ad attività di coinvolgimento sociale attraverso attività di volontariato e o cittadinanza attiva coordinata (RAPPORTO ANNUALE DEI PROGETTI DI VOL.TO REALIZZATI NELL'ANNO 2019/2020 Bando Ordinario Regione Piemonte 2018 e Allegato 1 redatto da Vol.To).

In particolare, riportiamo di seguito i dati relativi alle motivazioni che hanno spinto i ragazzi a svolgere il servizio civile nell'anno di riferimento dell'indagine.

La maggior parte dei ragazzi, il 42,7%, ha scelto questa esperienza perché condivideva gli obiettivi del progetto o per una conoscenza pregressa dell'Ente o per la volontà di contribuire attivamente alle attività indicate nello stesso; il 21,3%, invece, nutriva il desiderio di impegnarsi in iniziative di solidarietà per potere aiutare gli altri; il 16,9% dei giovani, hanno valutato che l'esperienza del Servizio Civile potesse contribuire ad arricchire le competenze personali in un'ottica lavorativa, mentre il 12,4% ha ritenuto di potere sviluppare le proprie attitudini personali; infine, il 5,6% era alla ricerca di nuovi stimoli. Segnaliamo anche un unico caso di un giovane che per sue vicissitudini personali aveva l'esigenza di trovare mezzi economici di sostentamento (Questionario di ingresso Vol.To entro primo mese di servizio).

Stakeholders

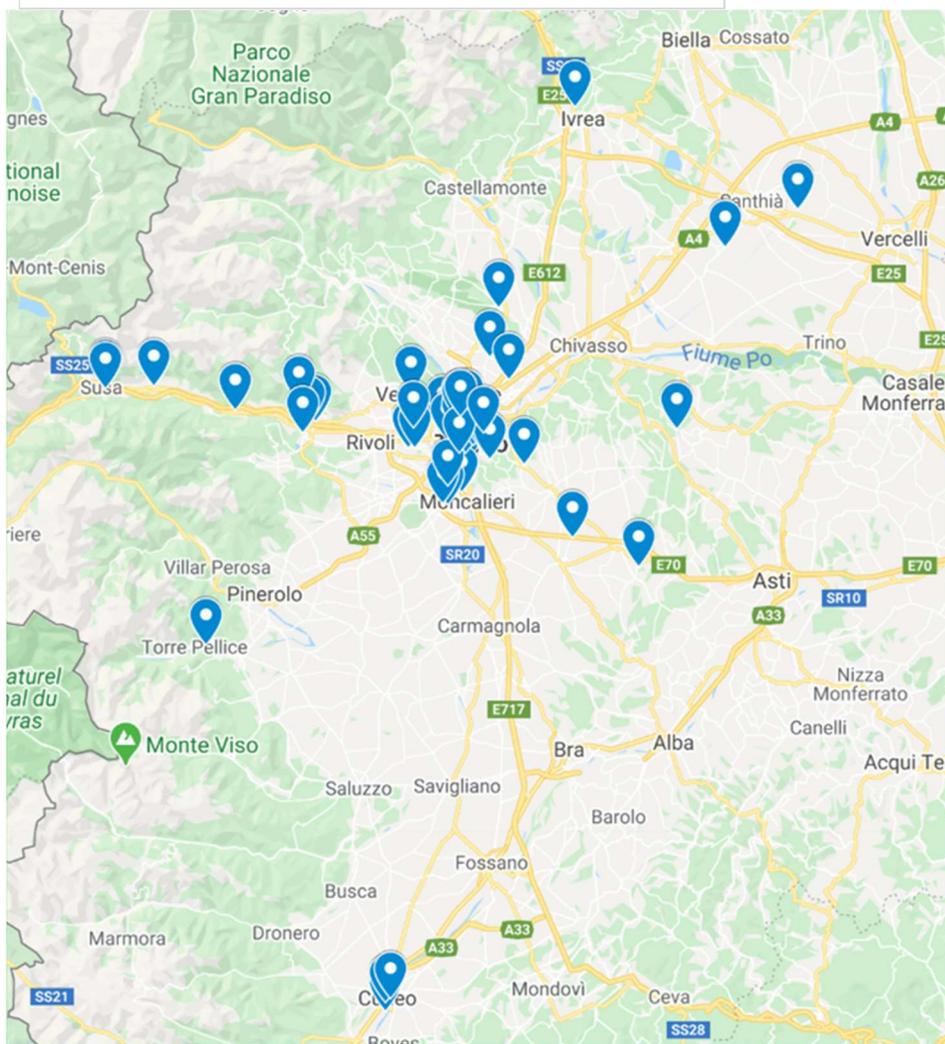
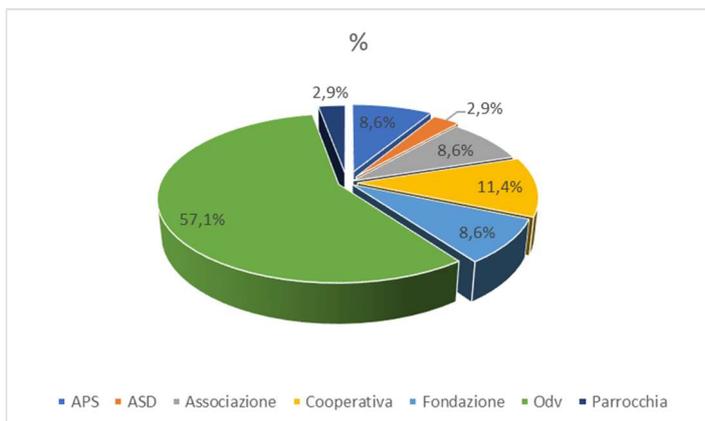
I ragazzi tra 18 e 28 anni aderenti al progetto di servizio civile, 94, di cui 36 maschi e 58 femmine.

Di seguito tutti i partner e **stakeholders diretti** del progetto, interessati a incrementare la propria forza lavoro o coprire attività di volontariato già attive con un trasferimento di valori e competenze



Si tratta di 35 Enti con forma giuridica diversa e distribuiti su 49 sedi operanti sul territorio piemontese, come indicato nella mappa.

Tipologia ente	%
APS	8,6%
ASD	2,9%
Associazione	8,6%
Cooperativa	11,4%
Fondazione	8,6%
Odv	57,1%
Parrocchia	2,9%



Gli **stakeholders indiretti** sono i partner che hanno collaborato alla realizzazione dei progetti fornendo un apporto concreto nella realizzazione delle attività. Di seguito la tabella con i dettagli.

ENTE ACCOGLIENZA	ENTI PARTNER E REALTIVE ATTIVITA'
A.I.B. Volontari Antincendi Boschivi - Sez. Bussoleno	A.S.D. ANIMA LIBERA – Docenza dei laboratori e di corsi A.C.F. MUSIC-ALL- Lezioni di canto, assemblaggio spettacolo.
A.S.D. L'isola che c'è	Comune di Druento - Consorzio dei servizi socio assistenziali di Pianezza - Gestione Centro Diurno
Amici di Lazzaro	Nessuno

Amici di M.A.I.S.	M.A.I.S. Ong - CIFA Ong - RE.TE. Ong - Collaborazione durante i laboratori e nelle attività di comunicazione e promozione. Cascina Roccafranca e Associazione Variante Bunker - Collaborazione nella promozione e diffusione dei materiali, messa a disposizione di spazi per le attività.
Area G Volontari	Nessuno
Associazione Don Bernanrdino Reinero	Associazione di Volontariato "Libro Aperto" - Collaborazione per realizzazione ed organizzazione di eventi e laboratori.
Auser Volontariato	Comune di Torino ed i vigili urbani - Rete di trasporti presso strutture ospedaliere e sanitarie convenzionate. Cooperativa "La Valdocco" - Consegna acqua ad utenti segnalati dalla cooperativa ed anche organizzazione di attività ricreative in ambienti climatizzati. Comune di Carmagnola - Trasporto e accompagnamento di ragazzi portatori di Handicap CISA 31 - Trasporto verso strutture sanitarie Farmacia comunale - Consegna gratuita dei farmaci per le persone over 75 o con problema di deambulazione. Plessi scolastici Trasporto e accompagnamento di alunni portatori di Handicap per attività ludiche di sostegno e di attività psicomotorie.
Banco Alimentare	Nessuno
Cascina Macondo	Associazione C.P- conduzione del laboratorio di danze popolari – pedagogia e storia della danza popolare Gruppo musicale Lumayna: uso della voce – canto popolare –ritmi - giochi musicali Città di Torino - progetto Motore di ricerca-accreditamento presso il Negozio Ingenio per la vendita dei manufatti e libri – supporto logistico per l’organizzazione degli eventi e la diffusione del progetto-Eventuale contributo VI Circoscrizione di Torino - comodato per l’uso di una piccola palestra per il laboratorio di danzateatro a Torino – Contributo per i laboratori di ceramica e affabulazione presso la struttura di Via delle Querce dove le persone disabili sono accompagnati da educatori e OS del Comune
Contact	Nessuno
Cooperativa Quadrifoglio	Associazione Culturale Balancé - Consulenze specifiche con i propri esperti per creazione e monitoraggio laboratori.
Cooperativa Quadrifoglio	Associazione Culturale Balancé - Consulenze specifiche con i propri esperti per creazione e monitoraggio laboratori.
Cooperativa Quadrifoglio DUE	Associazione Culturale Balancé - Consulenze specifiche con i propri esperti per creazione e monitoraggio laboratori.
Croce Rossa Susa	Comuni - Regione Piemonte- ASL - Relazioni, convenzioni e accordi in base alle esigenze.
DI.A.PSI.- Difesa Ammalati Psicici - PIEMONTE	Nessuno
Don Bosco 2000	Nessuno
Fondazione Circolo dei Lettori	Biblioteche Civiche di Torino - Prestito libri e di lettura ad alta voce all'interno di strutture ospedaliere, messa a disposizione risorse strumentali e umane. Associazione La Brezza Onlus - Coinvolgimento nella fase propedeutica, attraverso la messa a disposizione di risorse umane. Enti ospitanti: Azienda ospedaliera Humanitas Gradenigo, Ospedale Mauriziano Umberto I , Ospedale Molinette, Istituto Univoc, Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" .
Fondazione Piazza dei Mestieri Marco Andreoni	Associazione Piazza dei Mestieri - Organizzazione e gestione attività del progetto. Immaginazione e Lavoro soc.coop - Promozione attività proposte dal servizio civile. Cooperative La Piazza - Ideazione grafica e stampa Vanni Editore - promozione e distribuzione, formazione volontari servizio civile.
Jeshua	Image Capture - Fornitura materiali La Piccola Casa della Divina Provvidenza, Cottolengo Torino - Sostegno al progetto ù F.I.S.M. Torino, Centro di Formazione Francesco Faa di Bruno - Formazione Scuola dell'Infanzia - Messa a disposizione di risorse materiali, umane e spazi.
L'Altra Idea	Associazione Sportiva Dilettantistica HIDALGO Onlus - Realizzazione dei progetti di riabilitazione equestre, collaborazione con terapisti qualificati.

L'Isola che non c'è	Nessuno
La vita al centro	Associazione Biodanza Italia - Formazione insegnanti di biodanza Associazione Baby Fox - Fornisce animatori professionali La Casa di Riposo San Vincenzo - Mette a disposizione un'animatrice La Cooperativa Terra Terra, Azienda Agricola Apenocciola - Mettono a disposizione il proprio personale per la creazione e gestione del G.A.S.
Legambiente Metropolitano	Istituto per l'Ambiente, Educazione Scholé Futuro Onlus - Organizzazione di Workshop sull'inquinamento dell'aria e sulla moderazione del traffico, attività di educazione ambientale nelle scuole.
Merope	A.Ge. Piemonte – Supporto ai rapporti con le famiglie Amp Sede Val Sangone – Supporto in caso di trasporto disabili Echos Communication – Supporto nell'azione di comunicazione
Parrocchia Cottolengo	Ente Piccola Casa della Divina Provvidenza - Trasmettere tali valori ai minori e ai giovani dell'oratorio SGB Cottolengo, mediante incontri di formazione con operatori e momenti di condivisione.
Presidio Sanitario San Camillo di Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza Torino, Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino - Attuazione di progetti medico riabilitativi e attività di ricerca Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Psicologia - Attività di ricerca condivisa.
S.E.A. – Servizio Emergenza Anziani	PRO NATURA Torino - Promozione di eventi, visite guidate sul territorio. Ass. TELEHELP Torino - Telesoccorso e soccorso telefonico. UNI.VO.C.A. Unione Volontari Culturali Associati - Eventi culturali rivolti agli anziani ASSOCIAZIONE AMICI DELLA SACRA DI SAN MICHELE ONLUS - Organizzazione e messa a disposizione di volontari-guide e testimoni per visite reali e virtuali.
S.E.A. delle Alpi	Nessuno
S.O.G.IT – Opera di Soccorso dell'Ordine di San Giovanni – I Giovanniti	S.O.G.I.T.-COMITATO REGIONALE PIEMONTE - Funzione di coordinamento delle attività.
Società Cooperativa Sociale La Mimosa	Nessuno
Sollievo	A.S.D. ANIMA LIBERA – Docenza dei laboratori e dei corsi di danza. A.C.F. MUSIC-ALL – lezioni di canto, realizzazione e assemblaggio spettacolo.
Specialmente Tu	Nessuno
VIVERE – Associazione volontari e famiglie con figli Portatori di Handicap	FONDAZIONE FRIMARIDE ONLUS - Comunicazione, sensibilizzazione al progetto. FORUM DEL VOLONTARIATO - Ricerca volontari e sensibilizzazione al progetto.
Vivi gli animali	Assessorato alla Città Sostenibile, Comune di Collegno - Percorsi educativi e di sensibilizzazione, organizzazione e promozione incontri informativi e laboratori di riciclo, uso delle risorse naturali e riciclo. Cooperativa Sociale San Donato, Consorzio sociale Abele Lavoro - Inserimento persone in difficoltà socio-economiche, percorsi educativi e di sensibilizzazione. Associazione Djanet - Percorsi educativi e di sensibilizzazione. Associazione Triciclo - Percorsi educativi e di sensibilizzazione, uso delle risorse naturali e riciclo.
Vol.To	Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta - Contatti con le scuole, promozione progetto, incontri docenti, calendarizzazione incontri, partecipazione evento finale. S.A.A. - Scuola di Amministrazione Aziendale dell'Università degli Studi di Torino - Messa a disposizione di un esperto in comunicazione per la formazione.

ATTIVITA' SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

L'Assistenza è sicuramente il settore maggiormente scelto dai ragazzi, seguita dall'Educazione e Promozione culturale / Educazione e Promozione culturale e dello sport. Va evidenziato però che si

tratta dei settori per i quali è più alta l'offerta di progetti. Solo il 5,7% della generazione «Greta» sceglie progetti dedicati all'Ambiente e alla Protezione Civile, ma si rammenta che si tratta dei settori che offrono il minor numero di progetti (1° Rapporto dati DOL "Chi sono i giovani del servizio civile" A cura del Servizio comunicazione del Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale DEL 17 Gennaio 2020).

ATTIVITA' SERVIZIO CIVILE VOL.TO

L'attività maggiore scelta dai ragazzi è quella dell'assistenza e conferma il trend nazionale. Anche nei progetti di Servizio Civile attivati da Vol.To seguono attività di Educazione e Promozione culturale / Educazione e Promozione culturale e dello sport. Solo una residua percentuale è attiva su progetti dedicati all'Ambiente, data anche la possibilità nazionale offerta che comunque supera di poco i livelli nazionali (6,38% progetti vol.to rispetto al 5,7% della media nazionale) (RAPPORTO ANNUALE DEI PROGETTI DI VOL.TO REALIZZATI NELL'ANNO 2019/2020 Bando Ordinario Regione Piemonte 2018 e Allegato 2 redatto da Vol.to).

OBIETTIVI E KPI correlati

I 17 Sustainable Development Goals che compongono l'Agenda 2030 si riferiscono a diversi ambiti dello sviluppo sociale, economico e ambientale, che devono essere considerati in maniera integrata, nonché ai processi che li possono accompagnare e favorire in maniera sostenibile, inclusa la cooperazione internazionale



e il contesto politico e istituzionale. Sono presenti come componenti irrinunciabili, numerosi riferimenti al benessere delle persone e a un'equa distribuzione dei benefici dello sviluppo. Il progetto cerca di identificare i SDGs specifici relativi al progetto.

L'obiettivo 1 ha lo scopo di porre fine a ogni forma di povertà nel mondo. Vengono individuati due indicatori coerenti con il progetto:

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	COME MISURARLI?
Bassa intensità lavorativa	1.2	1.2.2	Percentuale di persone che vivono in famiglie la cui intensità di lavoro è inferiore a 0,20. Incidenza di persone che vivono in famiglie dove le persone in età lavorativa (tra i 18 e i 59 anni, con l'esclusione degli studenti 18-24) nell'anno precedente, hanno lavorato per meno del 20% del loro potenziale (con esclusione delle famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più).	* Vivi attualmente con la tua famiglia?
Rischio di povertà per gli occupati (18 anni e più)	1.1	1.1.1	Occupati di 18 anni e più a rischio di povertà, con un reddito equivalente inferiore o pari al 60% del reddito equivalente mediano (dopo i trasferimenti sociali) sul totale degli occupati	* Puoi indicare in media il tuo "guadagno" annuo?



L'obiettivo 4 ha la finalità di fornire un'educazione di qualità, equa e inclusiva, e promuovere opportunità di apprendimento per tutti. Vengono individuati due indicatori specifici. Un target specifico e un elemento secondario sono stati definiti per il progetto.

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	COME MISURARLI?
Soft Skill			Non c'è indicatore specifico, ma capire quali competenze sono più sviluppate	* Quali competenze ritieni di aver sviluppato?
Partecipazione alla formazione continua	4.3	4.3.1	Percentuale di persone che hanno seguito una formazione professionale continua in seguito a conseguimento titolo scuola secondaria o laurea di primo o secondo livello.	* Il SC ha contribuito ad accrescere il tuo livello di formazione?



L'obiettivo 8 Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti indaga tre indicatori specifici per il progetto di Servizio Civile Volontario.

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	COME MISURARLI?
Tasso di disoccupazione	8.5	8.5.2	Rapporto tra i disoccupati e le corrispondenti forze di lavoro (somma degli occupati e disoccupati)	* Eri disoccupato durante il SC? * Sei disoccupato al momento?
Tasso di occupazione (20-64 anni)	8.5	8.5.2	Percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione totale di 20-64 anni	* Stai svolgendo attualmente un impiego? * Il SC ti ha aiutato a trovare un'occupazione?

				* Sei stato assunto nell'Ente dove hai svolto SC?
--	--	--	--	---

Metodo

Il metodo applicato per la valutazione dell'impatto sociale si basa sulla teoria del cambiamento Hyman (2019). La teoria del cambiamento è una metodologia adottata prevalentemente nel settore del sociale con lo scopo di pianificare e valutare progetti che promuovono il cambiamento sociale attraverso la partecipazione e il coinvolgimento dei soggetti. Inoltre, la teoria del cambiamento mostra il processo logico che porta ogni attività dell'organizzazione ad esercitare un impatto sulla comunità. Ma il vero cambiamento che porta questa teoria rispetto ai metodi tradizionali è che finalmente ci si interroga su quali cambiamenti si vogliono raggiungere, in che modo e a beneficio di chi, anziché concentrarsi solamente su quali azioni intraprendere per raggiungere gli obiettivi propri dell'organizzazione. I due principali punti di forza della Teoria del cambiamento sono la sua multidimensionalità e la sua flessibilità. La teoria del cambiamento è un processo rigoroso e partecipativo nel quale differenti gruppi e portatori di interesse nel corso di una pianificazione articolano i loro obiettivi di lungo termine e identificano le condizioni che essi reputano debbano dispiegarsi affinché tali obiettivi siano raggiunti. Tali condizioni schematizzate negli outcome che si vogliono ottenere e sono organizzate graficamente in una struttura causale (Taplin & Clark, 2012). Il processo attuato nell'analisi infatti mira a definire gli obiettivi specifici del servizio civile. In particolare, la Teoria del Cambiamento è costituita da cinque elementi, attraverso i quali è possibile identificare le principali attività necessarie per conseguire gli obiettivi di impatto prefissati e spiegare il nesso causale tra le attività intraprese e gli impatti generati:

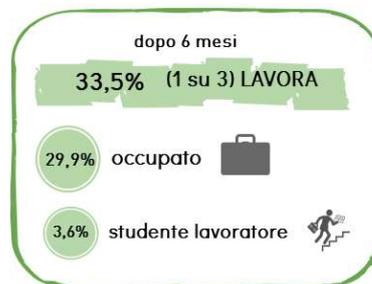
- Input: risorse di varia natura utilizzate dall'organizzazione per realizzare il progetto. Gli input vengono poi classificati in base ai benefici ottenuti per valutare l'efficienza globale del progetto.
- Attività: insieme delle azioni concrete svolte per attuare il progetto. Accanto ad ogni attività vengono di norma indicati i costi e gli investimenti sostenuti.
- Output (esiti): risultati concreti, immediati e misurabili prodotti dalle diverse attività programmate.
- Outcome (risultati): l'insieme dei cambiamenti generati sul territorio e sulle persone derivanti dalle attività svolte. Gli outcome possono essere a breve o a lungo termine, specifici o generici, attesi o inattesi, diretti o indiretti (in base al tipo di influenza che esercitano sul destinatario).
- Impatto: rappresenta il cambiamento ascrivibile esclusivamente alle attività dell'organizzazione e quindi indica l'effettiva capacità del progetto di provocare i cambiamenti attesi; è bene ricordare però che il processo di cambiamento spesso è influenzato anche dal contesto generale del territorio in cui opera.

Al fine di valutare i 5 elementi descritti, dati dalla realizzazione e attuazione delle attività del progetto di Servizio Civile di Vol.To sono state utilizzate tre metodologie volte a coprire il gap prodotto da una singola metodologia:

- 1) Raccolta e analisi con questionari
- 2) Storytelling
- 3) Riclassificazione dati economico patrimoniali attraverso linee guide internazionali e regionali e definizione Social Return of Investment (SROI)

La scelta di utilizzare molteplici metodologie ci restituisce un quadro non appiattito ed impersonale ma in grado di descrivere l'esperienza di Servizio Civile in termini multidimensionali: da un lato gli elementi quantitativi (gli aspetti economici) e quelli qualitativi (i questionari) che forniscono una analisi dei dati oggettiva, ma, d'altro canto, non potevamo prescindere dalla trasmissione di questa esperienza anche in termini personali, rievocando le storie di successo di alcuni giovani, che, per quanto classificabili all'interno di un questionario, sono comunque sempre uniche ed irripetibili e valgono la pena di essere ascoltate.

Se vengono considerati gli ultimi risultati disponibili pubblici sul servizio civile in Garanzia Giovani del 2017 pubblicati da INAPP è possibile valutare l'andamento e confrontare lo sviluppo.



Questionari

L'analisi condotta attraverso i questionari mira a individuare l'impatto che il servizio civile ha avuto sui partecipanti. Il campione raccolto è significativo in quanto rappresenta il 74% del numero totale di partecipanti al servizio civile coordinato da Vol.To che hanno portato a termine l'esperienza. Il questionario è stato costruito in base agli obiettivi specifici individuati dai Sustainable Development Goals dell'Agenda 2030 precedentemente descritti. I questionari sono stati somministrati durante il mese di Marzo e Aprile 2020 a tutti i soggetti che avevano terminato il servizio civile. La somministrazione è avvenuta online con invio del link a ciascun partecipante per la compilazione.

Storytelling

Una forma di costruzione del significato dei dati è spesso identificata dall'analisi qualitativa attraverso la storia (Mishler 1986). La premessa fondamentale dell'indagine narrativa è la convinzione che gli individui abbiano un senso del loro mondo nel modo più efficace raccontando storie (Ricoeur 1981, Smith 1981, White 1981, Connelly & Clandinin 1990, Wiltshire 1995). L'analisi narrativa, all'interno del paradigma etnografico, prevede l'esame delle storie dei partecipanti identificate nei dati dell'intervista (Atkinson 1992, Mishler 1979, 1986, 1990, Bailey 1998). Il ricercatore riconosce che i narratori selezionano i componenti delle storie che raccontano (ricostruiscono) al fine di comunicare il significato che intendono trarre dall'ascoltatore dalla storia. Nell'analisi condotta vengono individuati alcuni casi significativi per impatto considerando tre aspetti:

- 1) Acquisizione skills e soft skills importanti
- 2) possibilità lavorativa
- 3) continuità percorso di studi grazie alla spinta motivazionale della partecipazione all'esperienza del servizio civile.

Riclassificazione valore aggiunto e impatto sociale

Il rendiconto finanziario permette di determinare quante risorse vengono impiegate e destinate per ogni singola attività e come vengono reperite. Di norma il bilancio degli enti del terzo settore con entrate (di qualsiasi tipo e comunque denominate) inferiori a 220.000 euro annui può essere redatto nella forma del rendiconto finanziario per cassa (2° comma D.Lgs. 117/201814). Questa norma non si applica agli enti del terzo settore non commerciali (fra cui le OdV) per i quali il limite delle entrate scende a 50.000 euro annui. Nel caso specifico per similitudine è possibile definire il singolo progetto come attività a sé riclassificando il rendiconto finanziario attraverso i seguenti criteri:

- lo Standard Global Reporting Initiative (GRI), per quanto concerne la costruzione del rendiconto economico con l'esposizione del «valore economico creato» e «valore economico distribuito» e possibili standard introdotti il 1° luglio 2018.
- la definizione dei KPI di processo ha fornito utili indicazioni per l'orientamento e la definizione degli output da rappresentare.
- Standard AccountAbility 1000 (AA 1000)
- con riferimento principalmente sia alle modalità per rendere conto della gestione in modo trasparente e comprensibile a tutti (accountability), sia ai criteri per l'identificazione degli stakeholder e la loro inclusione nel processo di rendicontazione sociale.

Per la definizione dello SROI viene considerato l'approccio value-price based in cui il valore generato è stato definito attraverso contingent evaluation ovvero disponibilità a pagare per un servizio che non ha un prezzo ma che trova ricaduta sul territorio di riferimento. La quantificazione applicata è avvenuta con metodo controfattuale (dead-weight) ove l'impatto è determinato come valore dell'outcome con attività – il valore dell'outcome senza attività. Sono stati considerati i fattori del servizio civile disponibile alla luce anche dei costi e delle entrate attraverso le metodologie precedenti.

INPUT

Il progetto ha comportato un investimento complessivo pari a 42.911 € a fronte di un finanziamento Ministeriale pari a 7.740 €.

I formatori impiegati per la formazione generale sono stati tre:

- Rosanna Lopez: responsabile della gestione dei volontari, Vol.To.
- Maida Caria: formatrice accreditata, Vol.To.
- Sandro Prandi: formatore accreditato, Vol.To.

Sono stati inoltre impiegati esperti nella formazione generale relativamente a specifiche competenze necessarie non possedute tra i dipendenti di Vol.To:

- Studio Avvocati Nizza
- Stefano Lergo: esperto di protezione civile
- Enrico Bussolino: esperto del Terzo Settore

Sono stati coinvolti successivamente alla formazione generale dei formatori per specifici progetti, in media ogni progetto ha richiesto 6 formatori, per un totale di 185 formatori, di cui 87 maschi e 98 femmine, con un media di età di 51 anni.

ATTIVITA'

Il progetto ha previsto una serie di lezioni preordinate, la formazione specifica inoltre è durata in media 75 ore (Min.72 Max.108).

Formazione generica

Argomenti della formazione generale, durata complessiva 42 ore per ciascuna classe (composta da massimo 25 persone ciascuna) erogate nei primi 180 giorni, in modo da fornire gli elementi utili per comprendere ed elaborare l'esperienza del Servizio Civile.

I temi trattati sono stati suddivisi in macroaree con una durata predeterminata:

Macroarea 1 "Valori ed identità del SCN"

1.1 L'identità del gruppo in formazione e patto formativo (3h): conoscenza reciproca dei volontari del Servizio Civile attraverso giochi non formali finalizzati a "rompere il ghiaccio" per sollecitare l'autostima e creare un clima di fiducia reciproca. Brain storming sulle aspettative che ciascun partecipante ha rispetto all'esperienza del Servizio Civile.

1.2 Dall'obiezione di coscienza al SCN (3h): evoluzione storica del Servizio Civile sia dal punto di vista normativo (Leggi 772/1972 - 230/1998 – 64/2001), sia attraverso la conoscenza dei personaggi che hanno segnato la storia dell'Obiezione di coscienza (Pietro Pinna, Giorgio La Pira, Giuseppe Gozzini, Don Milani, ecc.).

1.3 Il dovere di difesa della Patria – difesa civile non armata e nonviolenta (5h):

1.3.a Evoluzione legislativa e Giurisprudenziale della Corte Costituzionale (sentenze nn.164/85,228/04, 229/04 e 43/05) sul concetto di Patria, sulla sua difesa senza armi e senza violenza.

1.3.b Personaggi chiave ed esperienze nel mondo di lotta non violenta. Proiezione di documentari sulla lotta nonviolenta in varie parti del mondo: Stati Uniti. Nashville eravamo guerrieri; India. La sfida della Corona; Cile. Sconfitta di un dittatore; Danimarca. Vivere con il nemico; Polonia. Abbiamo preso Dio per un braccio.

1.4 La normativa vigente e la Carta di impegno etico (2h): lettura dei documenti relativi alla normativa che regola il Servizio Civile ed alla Carta dell'impegno etico per stimolare il confronto aperto tra i partecipanti.

Macroarea 2 "La cittadinanza attiva"

2.1 La formazione civica (4h): i valori fondamentali sanciti dalla costituzione italiana, quali la dignità dell'individuo, l'uguaglianza, il diritto al lavoro, la solidarietà, la tutela del patrimonio ambientale e artistico - storico, il ripudio della guerra, ecc.; la divisione e l'esercizio dei tre poteri: legislativo, esecutivo e giurisdizionale, il concetto di sovranità popolare ed il suo esercizio diretto. Approfondimento sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

2.2 Le forme di cittadinanza (2h): il terzo settore (o settore non profit) e le varie tipologie di organizzazioni che ne fanno parte, con particolare attenzione al concetto di volontariato.

2.3 La protezione civile (5h): approfondimento dei temi legati alla tutela dell'ambiente, alla prevenzione dei rischi e all'intervento in emergenza. Si prevede la partecipazione di un esperto del settore capace di illustrare nel dettaglio la normativa di riferimento e di portare la sua testimonianza, corredata da materiale audiovisivo.

2.4 La rappresentanza dei volontari nel servizio civile (3h): testimonianza di alcuni ex volontari ed illustrazione degli organi rappresentativi dei volontari in Servizio Civile e delle rispettive modalità di partecipazione.

Macroarea 3 "Il giovane volontario nel sistema del servizio civile"

3.1 Presentazione dell'ente (2h): presentazione delle attività svolte dal VOL.TO e approfondimento della conoscenza delle persone coinvolte nel Servizio Civile; presentazione delle varie sedi locali di progetto.

3.2 Il lavoro per progetti (5h): alcune nozioni di progettazione sociale e di ricerca finanziamenti, corredate dalla testimonianza dei presidenti di Associazioni di Volontariato per illustrare esperienze concrete di progettazione a partire dalla nascita dell'idea fino alla sua realizzazione concreta.

3.3 L'organizzazione del servizio civile e le sue figure (2h): approfondimento del sistema entro cui si muove il Servizio Civile: enti coinvolti e figure di riferimento.

3.4 Disciplina dei rapporti tra enti e volontari del servizio civile nazionale (2h): "Prontuario concernente la disciplina dei rapporti tra enti e volontari del servizio civile nazionale", (DPCM 4 febbraio 2009 e successive modifiche)

3.5 Comunicazione interpersonale e gestione dei conflitti (4h): analisi del "conflitto", attraverso simulazioni ed esperienze dirette si illustreranno le varie possibilità di trasformazione del conflitto dal Modello relazionale M-m (maggiore-minore) al Modello E-E (eguaglianza).

Le metodologie adottate per l'attività di formazione generica si dividono in lezioni formali e non formali.

La lezione frontale (40%): la lezione frontale è la tecnica "classica" per la docenza, dove il formatore tratterà uno specifico argomento servendosi dei suoi studi e delle sue esperienze nel campo del servizio civile e dei temi ad esso connessi. Supporto di strumenti diversificati quali:

- a. proiezione documentari,
- b. presentazioni in PowerPoint,
- c. lettura di testi,
- d. testimonianze di esperti esterni.

Le dinamiche non formali (60%): vi rientrano tutte le tecniche maggiormente interattive tra il formatore ed il gruppo e tra i componenti del gruppo stesso, quali:

e. role-play,

f. simulazioni,

g. discussioni plenarie,

h. lavori di gruppo,

i. laboratori di espressività,

j. condivisione di vissuti personali.

Formazione Specifica e formazione sul campo

Ogni progetto prevedeva obbligatoriamente un periodo di formazione specifica sulle attività progettuali di un minimo di 50 ore con docenti esperti della materia per esperienza pluriennale e/o laurea attinente alle attività previste.

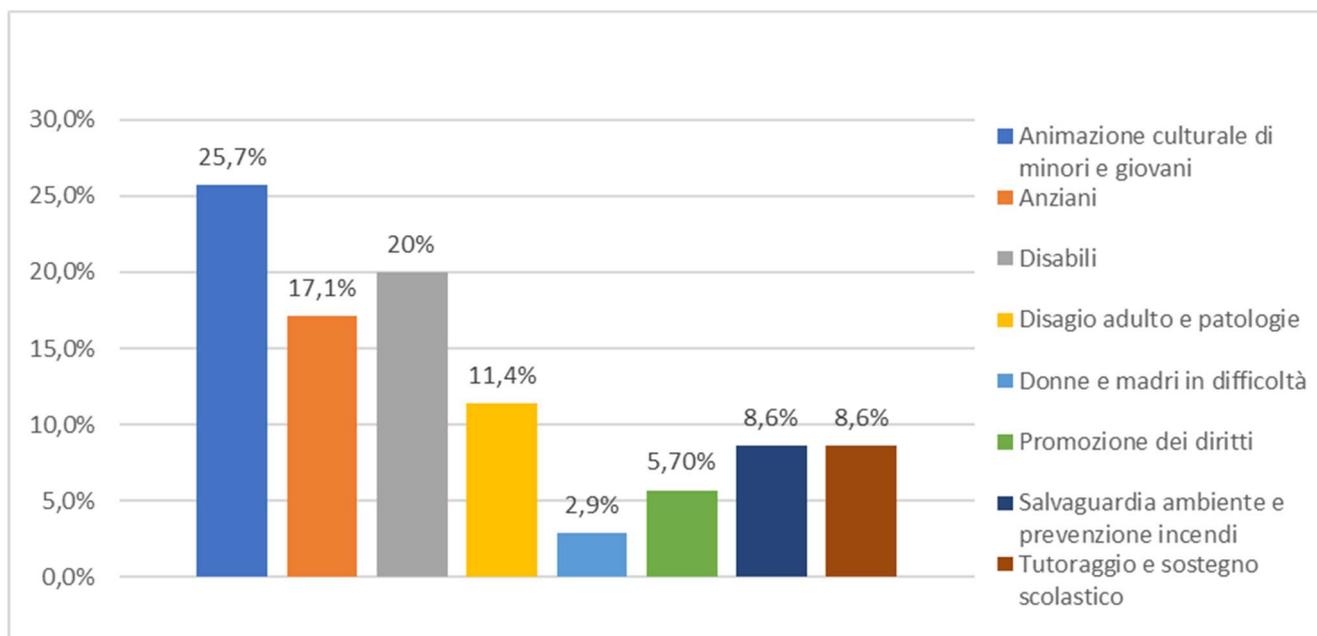
Tutti gli Enti hanno scelto di somministrare un numero di ore decisamente maggiore al minimo richiesto: in media la formazione specifica è durata 75 ore con un minimo di 72 ed un massimo di 108 ore, erogate entro i primi 90 giorni del progetto.

In media ogni progetto ha richiesto 6 formatori, per un totale di 185 formatori, di cui 87 maschi e 98 femmine, con un media di età di 51 anni.

Per risalire ai contenuti è sufficiente fare riferimento alle attività progettuali indicate nella tabella di seguito riportata, oltre alle ore in aula ogni volontario è stato accompagnato nello svolgimento del suo ruolo da un tutor che per tutta la durata del progetto l'ha monitorato e sostenuto per un minimo di 10 ore a settimana (richieste obbligatoriamente dalla disciplina del Servizio Civile).

Attività progettuali

Andando a riprendere i dati anticipati nel paragrafo "Bisogno a cui risponde Vol.To", approfondiamo l'analisi delle attività progettuali a partire dall'ambito d'azione, ogni volontario ha svolto il servizio per un numero obbligatorio di 30 ore a settimana per 12 mesi.



ambito d'azione	Tipologia attività
Animazione culturale di minori e giovani	- Organizzazione e gestione laboratori per bambini - Partecipazione all'organizzazione degli eventi per minori e famiglie

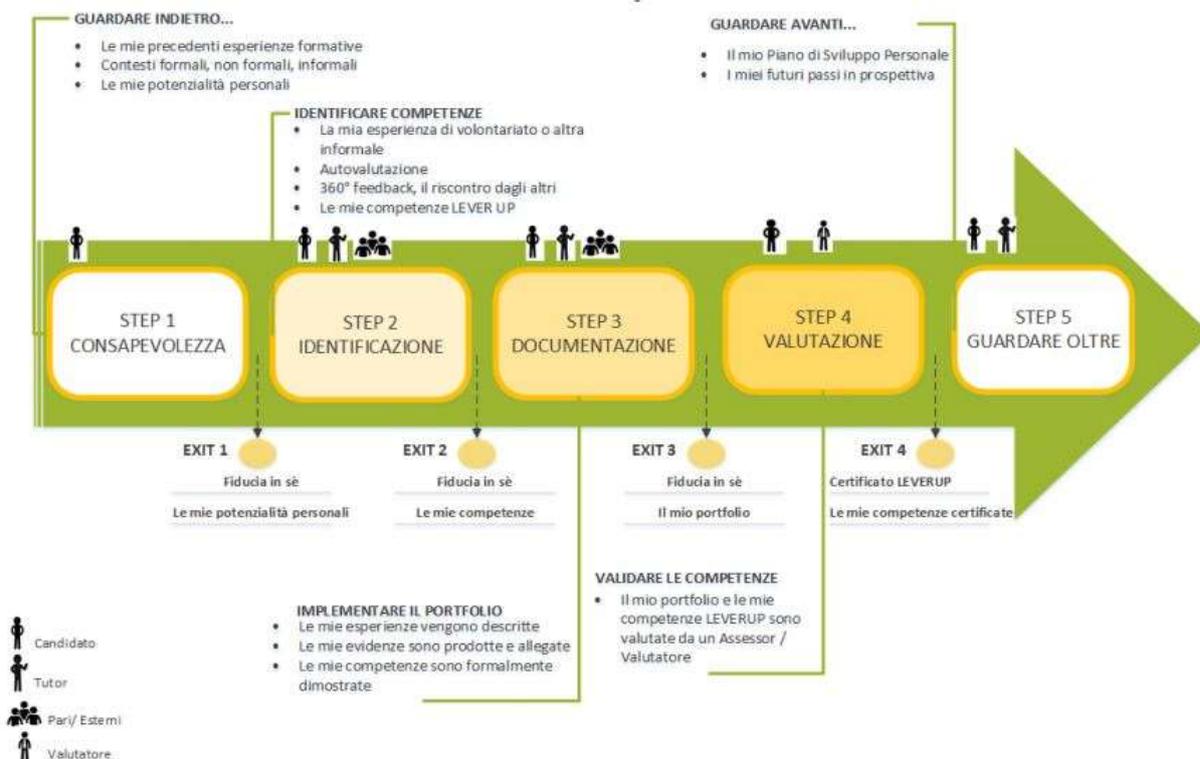
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione attività sportive - Partecipazione alla preparazione di giochi, attività, scenografie - Programmazione delle singole attività da svolgere con i bambini e con le famiglie - Organizzazione degli eventi e attività ludico-ricreative - Organizzazione e gestione delle proposte per le scuole del territorio - Gestione dei rapporti con gli enti esterni - Attività di segreteria: gestione delle iscrizioni e delle autorizzazioni dei genitori, resoconto degli eventi - Supporto alla gestione e al mantenimento dei contatti - Comunicazione eventi tramite i social - Attività di sostegno scolastico, linguistico e relazionale e partecipazione ai laboratori d'impresa - Organizzazione e partecipazione alle uscite didattiche e ricreative - Organizzazione e partecipazione ai Campi scuola - Affiancamento agli educatori/insegnati scuola nello svolgimento delle attività educative - Ricerca tramite web delle iniziative rivolte ai bambini - Supporto al personale scolastico nel Dopo-scuola - Gestione e coordinamento dei gruppi durante i laboratori didattici - Affiancare i volontari dell'Associazione negli incontri informativi nelle scuole - Mappare i luoghi pubblici di aggregazione dei giovani e organizzare incontri - Elaborare i dati per migliorare il servizio
Anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonia sociale - Accompagnamento anziani - Animazione ed organizzazione di attività ludiche - Sostegno alla socializzazione - disbrigo pratiche con compilazione modulistica online
Disabili	<ul style="list-style-type: none"> - Ascolto dei familiari - Progettazione attività ad hoc per i singoli utenti - Organizzazione e partecipazione ad uscite individuali e di gruppo con gli assistiti - Partecipazione ad attività dei gruppi appartamento - gestione laboratori creativi per disabili (danza, poesia, lettura...)
Disagio adulto e patologie	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca nuovi donatori di prodotti alimentari e contatto personale - Monitoraggio delle richieste di partnership da parte delle aziende di ristorazione - Redazione delle convenzioni con le Strutture Caritative - Attività di sportello per raccolta di informazioni, richieste, esigenze - Attività di accoglienza e ascolto delle persone in condizioni di disagio - Accompagnamento utenti nel disbrigo di pratiche burocratiche - Trasporti sanitari assistiti - Servizi di emergenza in qualità di barellieri - Promozione della cultura dell'emergenza attraverso la partecipazione attiva a momenti di formazione verso le scuole e la cittadinanza - Affiancamento al personale ospedaliero durante i colloqui mirati con pazienti e rispettivi familiari al fine di comprendere i loro bisogni. - Aggiornamento trimestrale di un report che indichi l'elenco delle criticità e dei bisogni dei pazienti - Ricerca e analisi dell'offerta presente sul territorio in termini di strutture, presidi, associazioni e servizi in generale che possano essere di aiuto al paziente che rientra al proprio domicilio

	<ul style="list-style-type: none"> - Impostazione di momenti di incontro tra i pazienti per favorire la socializzazione e la condivisione le proprie difficoltà - Organizzazione attraverso il supporto di altre figure professionali, di attività ludiche - Contattare telefonicamente i pazienti dimessi avendo riscontro sul benessere percepito legato agli esiti del percorso riabilitativo concluso in struttura. - Resoconto attraverso un report specifico del percorso che si è sviluppato durante il progetto con il dettaglio per ogni paziente preso in carico
<p>Donne e madri in difficoltà</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione antitrattra e sostegno a ex vittime e donne sole - Sostegno a interi nuclei famiglie e giovanissimi - Sensibilizzazione su povertà disoccupazione e formazione
<p>Promozione dei diritti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca aziende agricole a Km. 0 - Gestione del G.A.S. - Programmazione e realizzazione laboratori - Accompagnamento nelle attività esterne - Realizzazione percorsi nelle scuole (rapporto con insegnanti e studenti) - Ideazione di questionari di rilevazione - Pianificazione di interventi contro le discriminazioni - Gestione di una classe - Realizzazione e gestione degli eventi multietnici con gli studenti - Mappatura degli eventi interculturali realizzati in Torino e provincia
<p>Salvaguardia ambiente e prevenzione incendi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attività di monitoraggio del territorio e mappatura delle aree a rischio incendio boschivo - Presidio del territorio e avvistamento di focolai in periodi ad alto rischio incendi boschivi - Attività di prevenzione incendi boschivi con la pulizia dei boschi e delle aree forestali - Attività di informazione e sensibilizzazione dei cittadini e della pubblica amministrazione sui temi della prevenzione e della lotta agli incendi boschivi - Creazione e aggiornamento di specifiche pagine web - Realizzazione di programmi formativi con le scuole del Comune di Bussoleno - Organizzazione di periodiche esercitazioni di rete tra la pubblica amministrazione e le varie associazioni - Promuovere workshop sulla “mobilità nuova” per creare occasioni di scambio tra i vari enti - Stimolare la partecipazione dei cittadini per osare nuovi stili di vita e curarsi della qualità dell’aria - Promuovere e diffondere le buone pratiche con materiale divulgativo, dossier e rapporti statistici - Rafforzare l’informazione e la comunicazione attraverso il sito, facebook e youtube - Incontro, conoscenza e cura degli animali da fattoria - Gestione visite scuole ed eventuale ospitalità - Uso delle risorse naturali e riciclo - Cura del verde e degli spazi comuni - Organizzazione di gruppi di lavoro per persone in difficoltà socio-economiche
<p>Tutoraggio e sostegno scolastico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione degli incontri nelle scuole - Preparazione dei materiali necessari alla lezione, programmi da computer, esercizi, libri di testo. - Colloqui con gli insegnanti degli studenti seguiti in affiancamento ad un educatore - Incontri conoscitivi con le famiglie - Realizzazione e somministrazione test per lo studente - Analisi dati - Attività di supporto allo studio - Monitoraggio delle attività svolte, della condotta e del rendimento degli studenti

- Presenza per garantire a bambini con BES l'accesso ad un lavoro a piccoli gruppi
- Presenza nel doposcuola e Centro estivo per garantire ai bambini con difficoltà una esperienza positiva nella frequenza alle varie attività
- Presenza in mensa per permettere a tutti i bambini di vivere una situazione di benessere durante i momenti conviviali con un rapporto bambini/adulti inferiore ai limiti di legge
- Collaborazione con Direzione e Segreteria per realizzare eventi culturali

Attività di validazione delle competenze

Durante il progetto è stata altresì svolta un'attività di validazione delle Competenze proposto da Vol.To in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino con il rilascio un Attestato di Validazione delle Competenze. Il percorso è stato suddiviso in 5 fasi²



OUTPUT

- N° volontari formati: 94
- N° ore di formazione: la formazione generica è durata 42 ore mentre quella specifica è durata in media 75 ore (Min.72 Max.108)
- Hanno partecipato al progetto di validazione delle competenze 39 volontari e lo hanno concluso 34.

OUTCOMES

OBIETTIVO: PORRE FINE ALLE FORME DI POVERTA'

² <http://www.volontariatotorino.it/validazione-delle-competenze-progetti-di-servizio-civile-2019/>

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	OUTCOME
Bassa intensità lavorativa	1.2	1.2.2	Percentuale di persone che vivono in famiglie la cui intensità di lavoro è inferiore a 0,20. Incidenza di persone che vivono in famiglie dove le persone in età lavorativa (tra i 18 e i 59 anni, con l'esclusione degli studenti 18-24) nell'anno precedente, hanno lavorato per meno del 20% del loro potenziale (con esclusione delle famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più).	INDIPENDENZA ABITATIVA: 58,5% VIVE IN FAMIGLIA 41,5% VIVE FUORI DALLA FAMIGLIA Si rimanda allo storytelling per la valutazione del cambiamento avvenuto ex-post e a ipotesi di lavoro futuro
Rischio di povertà per gli occupati (18 anni e più)	1.1	1.1.1	Occupati di 18 anni e più a rischio di povertà, con un reddito equivalente inferiore o pari al 60% del reddito equivalente mediano (dopo i trasferimenti sociali) sul totale degli occupati. Valore reddito medio italiano € 20.670, il valore del 60% è pari a € 12.402. (Valore MEF 2018)	INDIPENDENZA ECONOMICA Variazione situazione reddituale dei ragazzi coinvolti nel servizio civile. L'obiettivo non è stato raggiunto

OBIETTIVO: FORNIRE UN'EDUCAZIONE DI QUALITÀ, EQUA E INCLUSIVA, E PROMUOVERE OPPORTUNITÀ DI APPRENDIMENTO PER TUTTI.

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	OUTCOMES
Soft Skill			Non c'è indicatore specifico, ma capire quali competenze sono più sviluppate	COMPETENZE 96,6% ACCRESCIMENTO SOFT SKILLS AI PRIMI TRE POSTI: 1. Comunicazione 2. Responsabilità 3. Organizzazione
Partecipazione alla formazione continua	4.3	4.3.1	Percentuale di persone che hanno seguito una formazione professionale continua in seguito a conseguimento titolo scuola secondaria o laurea di primo o secondo livello.	EDUCAZIONE L'81,4 % dei ragazzi sono laureati o diplomati, il servizio civile si configura per tipologia di attività come una tipologia di formazione continua post scolastica.

NOME INDICATORE	Target	Global Indicator	DESCRIZIONE	OUTCOMES
Tasso di disoccupazione	8.5	8.5.2	Rapporto tra i disoccupati e le corrispondenti forze di lavoro (somma degli occupati e disoccupati)	Condizione occupazionale*
Tasso di occupazione (20-64 anni)	8.5	8.5.2	Percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione totale di 20 anni	Cambiamento situazione occupazione dei soggetti in età lavorativa del servizio civile* *L'indicazione non è stata mappata attraverso questionario ma attraverso story telling.

OUTPUT RELATIVI A SKILL E SOFT SKILL

1 Intenzione di sviluppare le soft skill e cambiare l'approccio dei soggetti nel contesto sociale e lavorativo.

MISURABILE: cambiamento di soft skill e impatto economico sul sistema (in particolare associazione/cooperativa minor costo, soggetti servizio civile con una maggiore copertura con impatto su alcuni servizi, numero di ore maggiori).

A tutti i volontari è stato rilasciato un Attestato di Partecipazione al Servizio Civile, scaricabile online. Inoltre, ai volontari è stata offerta l'opportunità di partecipare ad un progetto di Validazione delle Competenze proposto da Vol.To in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino.

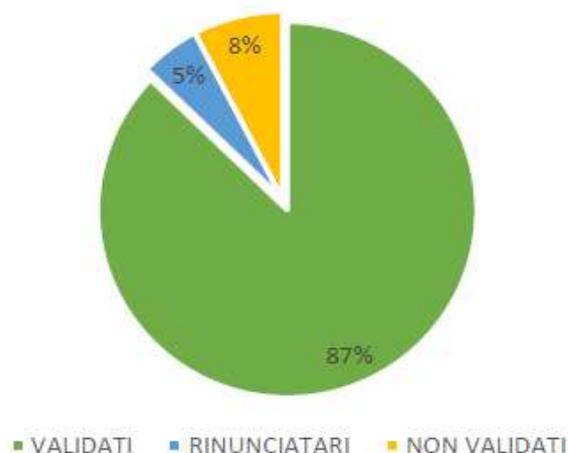
Il modello di riferimento utilizzato nasce da un progetto europeo LEVER UP che è stato realizzato in linea con gli approcci Non-formal/Informal Learning Validation (NFILV) e Validation of Prior Learning (VPL) e grazie all'esperienza dei Partner che ne hanno preso parte tra il 2014 e il 2016 in Italia, Paesi Bassi, Danimarca, Spagna e Polonia. LEVER UP è stato creato per aiutare gli individui a valorizzare e rendere visibili abilità e competenze trasversali acquisite attraverso esperienze di apprendimento non formali e informali, ad esempio facendo volontariato. Questo permettere loro di accrescere la propria consapevolezza, responsabilità sociale, occupabilità e mobilità.

A riassumere al meglio lo scopo del progetto LEVER UP è il titolo: "Valorizzare l'apprendimento informale e le competenze trasversali sviluppate nel servizio volontario, per aumentare le prospettive di impiego, responsabilità sociale e mobilità". Sono state utilizzate 15 competenze trasversali che

riferiscono alle competenze chiave di cittadinanza in conformità agli standard europei, di seguito elencate:

1. EMPATIA
2. COINVOLGIMENTO
3. INIZIATIVA
4. FLESSIBILITA'/ ADATTABILITA'
5. RESPONSABILITA'
6. COMUNICAZIONE
7. GESTIONE DELL'INTERCULTURALITA' E DELLA DIVERSITA'
8. LEADERSHIP
9. LAVORO IN GRUPPO
10. CREATIVITA'/ INNOVAZIONE
11. IMPARARE AD IMPARARE
12. PROBLEM SOLVING
13. ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE
14. ORIENTAMENTO AL RISULTATO
15. PENSIERO DIGITALE

Gli operatori volontari, con la supervisione dei tutor, hanno identificato un massimo di tre competenze che ritengono di aver sviluppato durante l'anno di Servizio Civile ed hanno prodotto la documentazione a supporto ("evidenze").



Dei 39 volontari che hanno aderito spontaneamente all'iniziativa, hanno concluso il percorso in 34. Ad ogni partecipante è stato rilasciato un Attestato di Validazione delle Competenze. Di seguito una breve analisi riassuntiva dei dati emersi riguardo alla partecipazione al progetto:

Il 32,4 % dei giovani è riuscito a validare con "evidenze" appropriate tre competenze come richiesto, mentre il 44,1% ha preferito concentrarsi esclusivamente su una delle 15 competenze oggetto dell'indagine.

Dai risultati emerge che 12 delle 15 competenze previste dal modello sono state indicate come prioritarie, mentre le altre tre sono state indicate in via secondaria.

Riportiamo nella tabella di seguito i risultati dell'indagine:

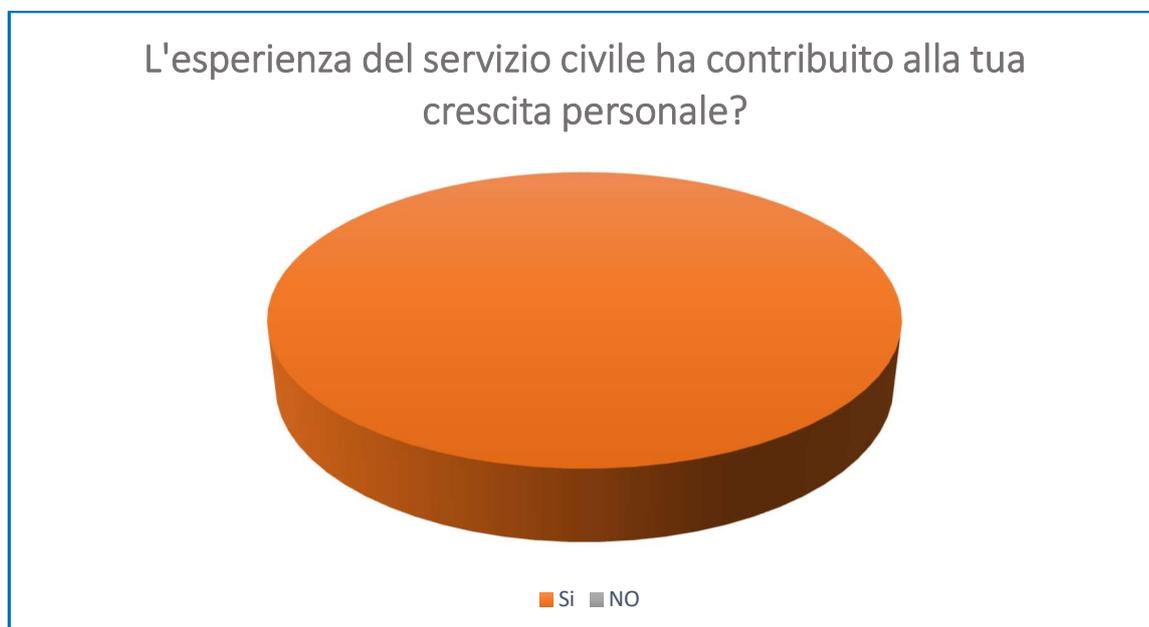
COMPETENZA	1 comp	2 comp	3 comp	TOT	%
EMPATIA	7	1		8	12,7%
COINVOLGIMENTO	4			4	6,3%
INIZIATIVA	2			2	3,2%
FLESSIBILITA'/ ADATTABILITA'	3		1	4	6,3%
RESPONSABILITA'	4	3		7	11,1%

COMUNICAZIONE		1	1	2	3,2%
GESTIONE DELL'INTERCULTURALITA' E DELLA DIVERSITA'		3	2	5	7,9%
LEADERSHIP	1			1	1,6%
LAVORO IN GRUPPO	1	5	1	7	11,1%
CREATIVITA'/ INNOVAZIONE	6			6	9,5%
IMPARARE AD IMPARARE		2	1	3	4,8%
PROBLEM SOLVING	1	1	1	3	4,8%
ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE	1	2	1	4	6,3%
ORIENTAMENTO AL RISULTATO	3		2	5	7,9%
PENSIERO DIGITALE	1	1		2	3,2%

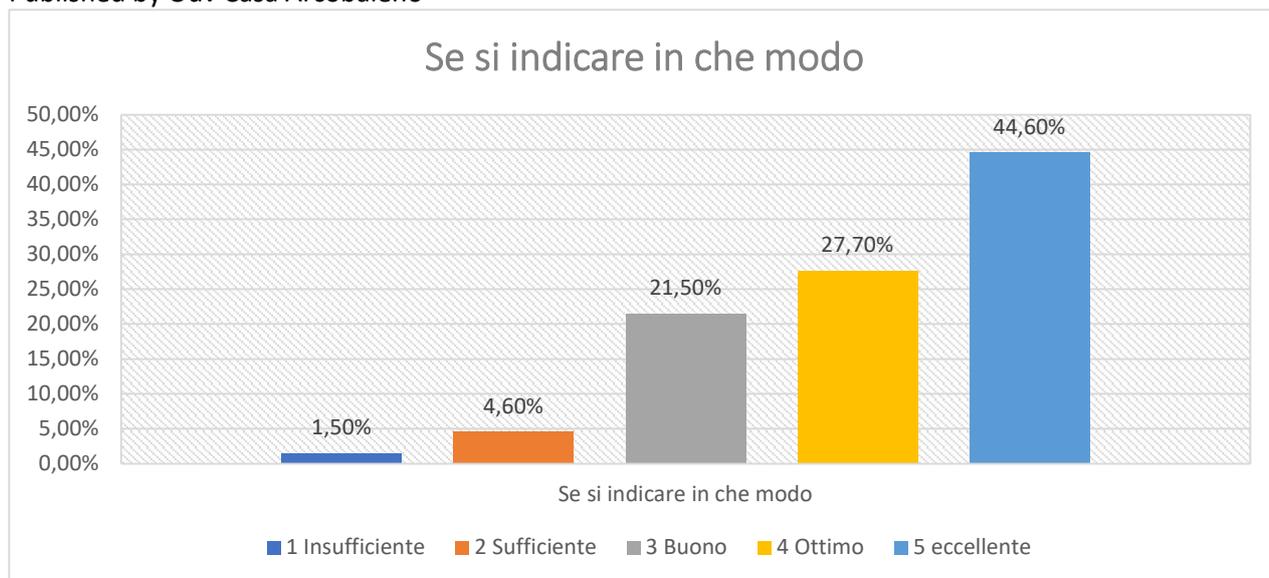
IMPATTO SOCIALE

RISULTATI DEI QUESTIONARI

OBIETTIVO: FORNIRE UN'EDUCAZIONE DI QUALITA', EQUA E INCLUSIVA, E PROMUOVERE OPPORTUNITA' DI APPRENDIMENTO PER TUTTI



Tutti i partecipanti hanno valutato un cambiamento grazie alle skill e all'educazione ricevuta.

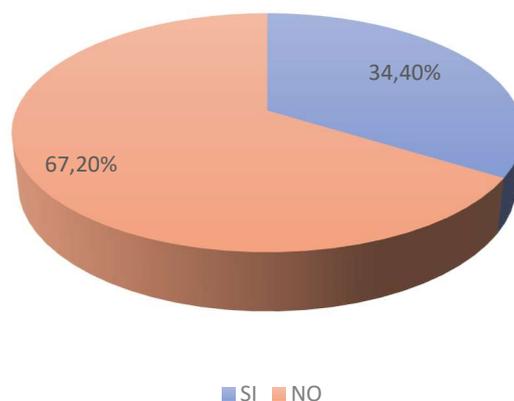


Il 93,8% valuta la formazione e gli skill ricevuti da buona in su per l'obiettivo definito.



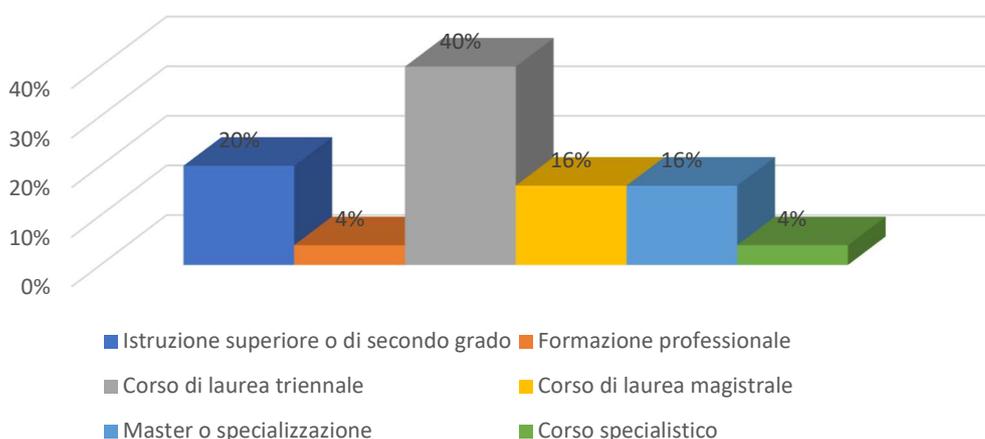
Il 96,9% ritiene di aver aumentato le proprie skill, orientate al lavoro in sede progettuale identificabili nelle soft skill che il progetto intendeva trasferire ai partecipanti. L'indicatore è superiore alla media in quanto il 96,9% raggiunto dal progetto Vol.to supera di 15,8 punti percentuale la media rilevata a livello nazionale per lo stesso parametro nell'anno precedente.

Il servizio civile ha influito nella decisione di continuare o riprendere gli studi?

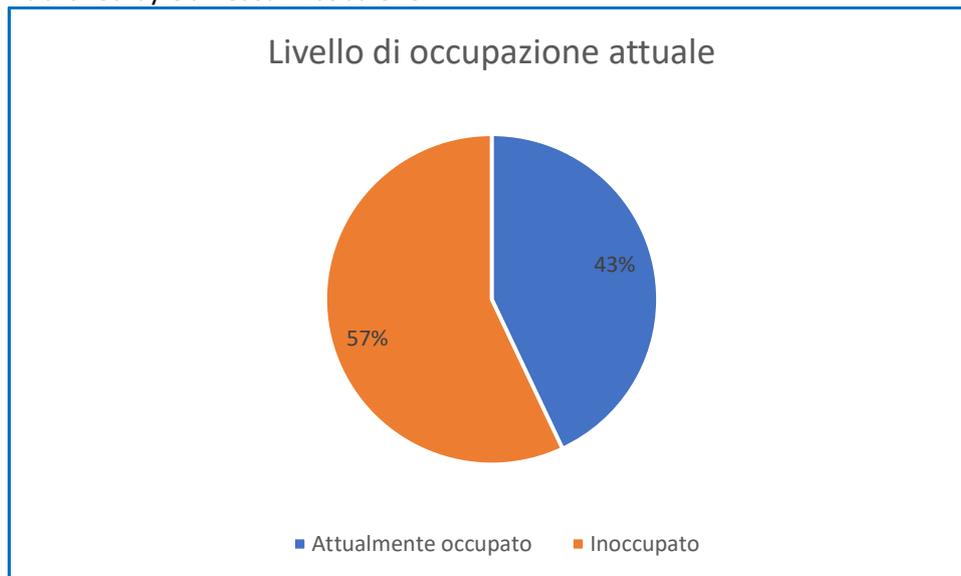


Il servizio civile ha inoltre spinto alla continuità del percorso di studi rispetto a quanto stabilito precedentemente al progetto da parte dei partecipanti nel 34,4%. Un risultato ottimale che accorpa la capacità del servizio civile a orientare a un impiego o occupazione in cui secondo obiettivi definiti da progetto rientra anche la continuità del percorso di formazione formale data l'età media dei partecipanti. Da notare che i soggetti rispondenti (25) hanno evidenziato per il 20% la volontà di voler concludere il percorso di scuola dell'obbligo rispetto all'attuale normativa vigente.

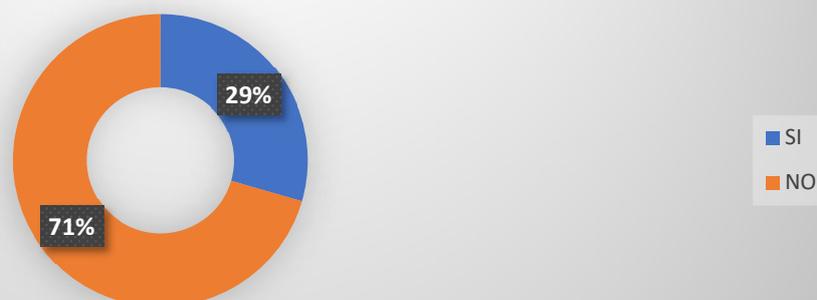
Se hai risposto di si indica il tipo di studi (25 risposte ottenute)



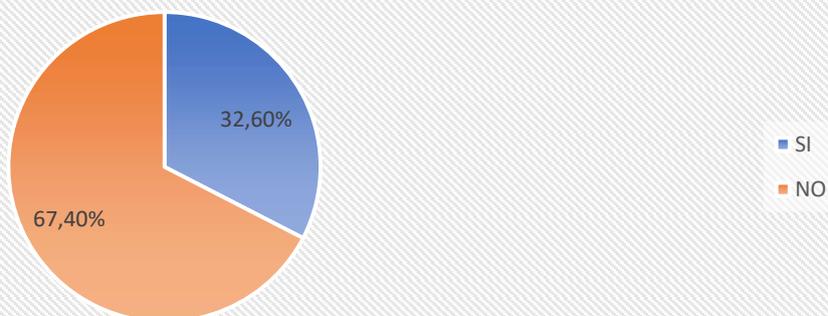
OBIETTIVO: INCENTIVARE UNA CRESCITA ECONOMICA DURATURA, INCLUSIVA E SOSTENIBILE, UN'OCCUPAZIONE PIENA E PRODUTTIVA E UN LAVORO DIGNITOSO PER TUTTI



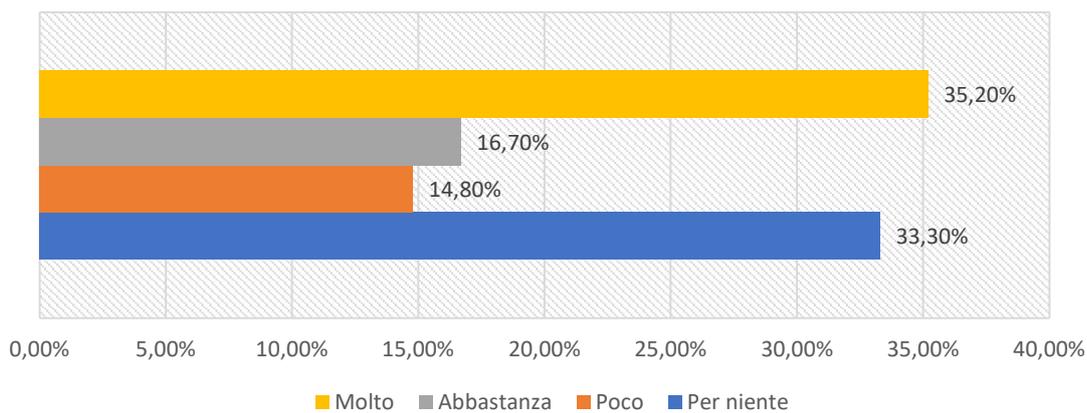
Se sei attualmente occupato, il tuo impiego attuale si svolge presso l'Ente dove hai svolto il servizio civile?



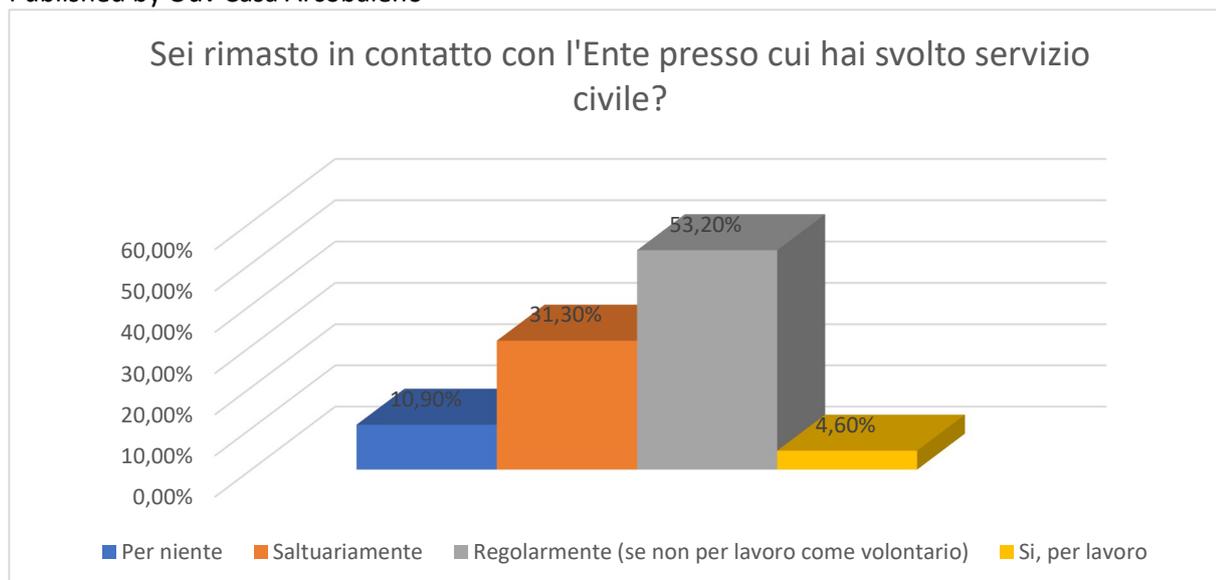
Se sei attualmente occupato, il tuo impiego attuale si svolge presso un ente/azienda con attività/finalità simili a quelle dove ha scelto il servizio civile?



L'esperienza di servizio civile ha contribuito nella scelta del lavoro attuale?



Interessante il dato, secondo cui il 53,20% sia rimasto in contatto con l'Ente svolgendo regolarmente attività di volontariato. L'incidenza di approccio con una ricaduta sulla società attraverso attività di interesse generali stabilite dal D.lgs. 117/2017 viene qui evidenziato. Solo una parte relativa al 4,6% svolge saltuariamente o regolarmente attività lavorativa per l'ente. Lo story telling approfondirà l'aspetto.



STORYTELLING

Sono state realizzate 11 videointerviste (registrate attraverso la piattaforma zoom) ai giovani che hanno indicato nei questionari esperienze significative secondo i seguenti tre aspetti:

- 1) Acquisizione skills e soft skills importanti
- 2) possibilità lavorativa
- 3) continuità percorso di studi grazie alla spinta motivazionale della partecipazione all'esperienza del servizio civile.

Agli intervistati sono state poste quattro domande:

- Cosa ti ha spinto a fare il Servizio Civile?
- Come ti ha cambiato il Servizio Civile?
- Che tipo di collaborazione c'è ora con l'Ente presso cui hai realizzato il progetto?
- Come è cambiato il tuo guadagno e la tua condizione abitativa?

Tutti gli intervistati hanno confermato l'acquisizione di competenze importanti sia da un punto di vista umano e relazionale, ma anche in termini di professionalità. Il campione è stato scelto proprio sulla base del secondo aspetto poiché rappresenta quella fetta di civilisti che hanno proseguito la loro collaborazione con l'Ente presso cui hanno svolto il Servizio civile, in due casi con partita IVA e negli altri con contratti a tempo determinato. Nessuno di loro aveva un lavoro stabile prima di iniziare questa esperienza, quindi dal punto di vista del guadagno l'impatto è significativo in termini di regolarità retributiva.

Per quanto riguarda la condizione abitativa non segnaliamo cambiamenti significativi (chi viveva in famiglia ha continuato a farlo e viceversa) ad esclusione di un caso che rappresenta un successo da tanti punti di vista. Si tratta di una ragazza che ha iniziato il Servizio civile in un momento di smarrimento, in cui aveva lasciato gli studi ad un anno dal diploma ma non aveva ancora capito quale strada lavorativa intraprendere. Alla fine del progetto, non solo è stata assunta come collaboratrice, ma è in procinto di diplomarsi ed è anche andata a vivere da sola. Possiamo dire che in questo caso l'impatto sociale è stato molto significativo.

Anche un altro giovane ha concluso il percorso di studi in ambito educativo, incentivato dall'opportunità di lavoro offerta dall'Ente in questo ambito.

Un altro caso eclatante è quello di un giovane costretto su una sedia a rotelle dalla nascita per una disabilità che lo limita fortemente anche nell'uso delle mani. Nonostante le difficoltà fisiche, è stato selezionato senza

usufruire di “misure” favorevoli alla sua condizione, insieme ad altri candidati normodotati. L’Ente presso cui ha svolto servizio ha creato una “posizione lavorativa” ad hoc che da un lato rispondeva ad una esigenza progettuale, ma dall’altro andava incontro alle difficoltà del civilista ed, a conclusione del progetto, ha deciso di continuare la collaborazione con lui.

I percorsi di questi giovani sono tutti diversi e ricchi di peculiarità, ci viene difficile riportare tutte le interviste per intero, ma di seguito forniamo alcuni elementi emersi dalle stesse.

Anagrafica intervistati:

Si tratta di 11 giovani di cui 7 donne e 4 uomini che hanno risposto al questionario indicando che avevano intrapreso una collaborazione lavorativa con l’Ente presso cui era terminata l’esperienza di Servizio civile. A parte una ragazza con meno di 25 anni, tutti gli altri sono più grandi. Al momento in cui hanno iniziato il Servizio civile due di loro avevano la licenza media inferiore, gli altri dalla licenza media superiore alla Laurea magistrale.

Le risposte:

- Cosa ti ha spinto a fare il Servizio Civile? Le risposte in questo ambito sono varie: per gioco, perché conoscevo già l’ente e cercavo un rapporto con lo stesso più stabile, perché ero in un momento della mia vita di stand by.

- Come ti ha cambiato il Servizio Civile? Tutti dichiarano di essere cresciuti molto da un punto di vista umano, soprattutto grazie al rapporto con utenti e colleghi, ma anche professionale nel dovere svolgere determinati compiti e dovere rispondere degli stessi

- Che tipo di collaborazione c’è ora con l’Ente presso cui hai realizzato il progetto? A parte la sospensione dovuta all’epidemia, hanno tutti contratti a tempo determinato, tranne due giovani che hanno aperto la partita IVA.

- Come è cambiato il tuo guadagno e la tua condizione abitativa? La condizione abitativa non è cambiata per nessuno, tranne che per una ragazza che è andata a vivere da sola, mentre il guadagno per tutti è passato da saltuario e non sempre in regola a costante.

A questo link è possibile visionare un estratto del video delle interviste <https://www.youtube.com/watch?v=DJgN1LcP0ks&feature=youtu.be>

Aspetti economici e finanziari con definizione del valore aggiunto e valutazione impatto sociale

Voce	Valori in € anno 2019
Ricavi per consulenza Enti di Accoglienza	9.400,00
Trasferimento per rimborso spese per formazione dal Dipartimento delle Politiche giovanili	7.740,00
Valore economico	17.140

Il valore economico generato dal progetto comprende sia trasferimenti pubblici legati al riconoscimento delle spese sia ricavi per consulenza a Enti del terzo settore che hanno ricevuto i soggetti in carico.

Per lo svolgimento della sua attività sociale, Vol.to si interfaccia continuamente con i suoi portatori di interesse: è quindi possibile calcolare la quantità di Valore Economico Creato che viene “distribuito” ad alcuni di essi:

- le risorse umane, mediante la corresponsione delle retribuzioni e di tutti gli oneri a esse correlate;
- i fornitori, remunerati a seguito dell’acquisto di prodotti e servizi necessari per la produzione dei servizi;

- gli oneri di gestione legati alla struttura

Voce	Valore in € anno 2019
Remunerazione dei fornitori	655
Remunerazione del personale e utenze	40.936
Oneri di gestione	1.390
Valore economico distribuito	42.911

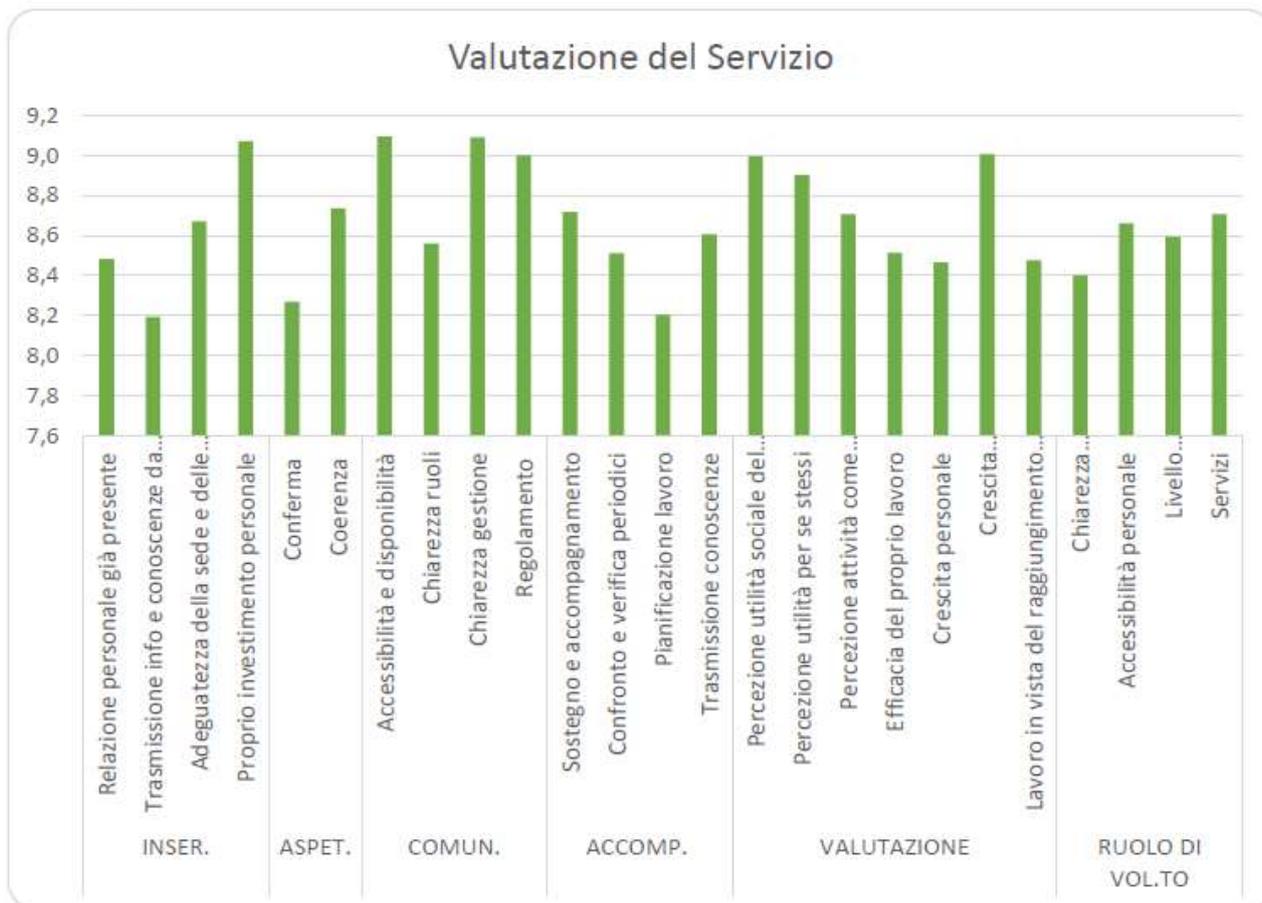
Il valore relativo a costi del personale comprende per il 68,40% le attività svolte dal responsabile del Servizio Civile nella figura della Dott.ssa Maida Caria, per il 17,63% l'attività svolta per la selezione dei partecipanti al percorso, per il 12,02% legata alle attività del formatore interno e una parte residua per formazione esterna contrattualizzata. Le attività del responsabile del Servizio Civile riguardano l'attività di intrattenimento dei rapporti istituzionali con la Regione, il Dipartimento delle Politiche Giovanili, l'Università, gli Istituti superiori, l'Ufficio Stranieri della Città di Torino. Il responsabile si è occupato anche della gestione delle attività di accreditamento sedi di progetto, progettazione, monitoraggio, ricerca e selezione dei volontari mantenendo i rapporti con 35 OLP erogando la formazione generale per 111 ragazzi (42 ore per 4 classi). Le attività della responsabile del Servizio Civile hanno avuto una durata di 8 mesi.

Il responsabile delle attività di selezione si configurano con la gestione delle comunicazioni istituzionali relative ai progetti e partecipazione ai colloqui di selezione e hanno avuto una durata complessiva pari a 2 mesi. Mentre la fase di formazione che ha visto la progettazione specifica per il percorso formativo e l'erogazione è qualificabile con un mese di attività.

L'1,95% del performale è relativo a attività di formazione svolto da un esperto per la sicurezza (modulo di 4 ore), attività di un esperto in comunicazione (modulo di 5 ore) e l'assistenza per la parte legale svolta da 2 avvocati (5 ore).

La remunerazione dei fornitori invece è ripartita per il 96,94% in servizi tipografici per materiale utile al percorso formativo (Stampa roll up, cartoline, manifesti A3, buoni per consumazione omaggio, cartelli plastificati per ogni Ente, cavalieri per ogni ente, volantini A5, e stampa magliette personalizzate per ogni volontario) intrapreso e la parte residua per ospitalità offerta in occasione della festa per il Servizio Civile. Gli oneri di gestione sono completamente relativi a spese per la sala di formazione generale impiegata (42 ore per 4 corsi) e spese per utilizzo postazione attrezzata con pc (Ufficio) per 8 mesi.

Le attività rappresentate nella riclassificazione delle voci finanziarie possono anche essere valutate attraverso un questionario somministrato ai volontari del servizio civile al termine del percorso. Dai dati ottenuti si evidenzia un altro grado di soddisfazione circa tutti gli aspetti valutati. Le valutazioni, in media, superano sempre il voto 8. Di seguito riportati i giudizi medi complessivi, con esplicitate anche le sottocategorie valutate dai volontari



La percezione e il cambiamento sono stati valutati attraverso Storytelling.

Analizzando il prospetto finanziario non è presente un reale valore aggiunto distribuito in quanto i costi sono maggiori delle entrate ottenute dal progetto. I 25.711 euro di differenza sono pari all'utilizzo della dotazione del fondo speciale per il volontariato, quota di competenza.

IMPATTO SOCIALE DI BREVE TERMINE – VALORIZZAZIONE ECONOMICA

Ma se si quantifica l'attività di volontariato svolta sul territorio è possibile definire il vero impatto distribuito che non ha avuto una rappresentazione in termini finanziari. I volontari impiegati sono stati complessivamente 94, di cui 36 maschi e 58 femmine. In generale emerge che il titolo di studio posseduto dalla maggioranza dei partecipanti è la Licenza Media Superiore (56 volontari), seguono in ordine Diploma Universitario (14 volontari), la Licenza Media Inferiore (13 volontari) e Laurea (11 volontari). Di 94 volontari 44 sono stati impiegati sul territorio della città di Torino, e 48 nella Provincia di Torino.

L'impatto del servizio civile in termini economici comprende pertanto l'attività di 94 volontari dislocati sul territorio regionale con una remunerazione ipotetica pari a 17,11 euro l'ora riconosciuta in termini di valorizzazione delle attività di volontariato in sede progettuale. Le ore di volontariato sono riconosciute attraverso i criteri tabellari emanati con Ministero del Lavoro, e delle Politiche Sociali Direzione Generale per il Terzo settore e della Responsabilità sociale delle imprese Divisione III Volontariato e della Responsabilità sociale delle imprese, Indirizzi di gestione progetti - Anno 2016 Allegato n. 2 previsti per il 5° livello contributivo (Educatrice/ore senza titolo, capo operaia/o, capo cuoca/o, assistente domiciliare e dei servizi tutelari operatrice/ore socio-assistenziale addetta/o

all'assistenza di base o altrimenti definita/o coordinatrice/ore, maestra/o di attività manuali ed espressive, guida con compiti di programmazione, massaggiatrice/ore, animatrice/ore con titolo, infermiera/e generica/o, assistente all'infanzia con funzioni educative, operatrice/ore dell'inserimento lavorativo, impiegata/o di concetto operatrice/ore dei servizi informativi e di orientamento). Indirizzi di gestione e modelli per la gestione del ciclo del progetto – Indirizzi di Gestione Progetto 2016. Medesimi criteri sono stati adottati da Vol.to in occasione del Bando a Scadenza Unica del 2011 inserito nelle attività di finanziamento dei progetti delle Associazioni di Volontariato. Il riconoscimento e la valorizzazione del lavoro volontario è una prassi volta a valorizzare il contributo del terzo settore, metodi e spinta al riconoscimento europeo è avvenuta ad opera di CSVnet è l'associazione nazionale dei Centri di servizio per il volontariato (Csv) che comprende 62 dei 63 Centri Servizio per il Volontariato.

Ogni volontario in un anno ha svolto 1.440 ore. I volontari hanno pertanto ciascuno creato valore aggiunto sul territorio non riconosciuto per euro 24.638,4 che al netto del contributo economico spettante mensilmente a ciascun volontario pari a 439,50 al mese e a 5.274 euro l'anno è pari a 19.364,40 euro per ciascun volontario. Se la valorizzazione tiene conto del numero di volontari attivi coinvolti nel progetto il valore generato dovrebbe essere pari a 1.820.253,6 euro. Se si tiene conto del valore assorbito da Vol.to per trasferimenti pubblici e per riconoscimento da parte di enti del terzo settore il valore netto è pari a 1.803.113,60 euro. Tale valore viene decrementato ulteriormente dal valore economico (al netto dei trasferimenti e contributi) assorbito per la realizzazione del progetto (pari a 25.711 euro) che porta la quantificazione delle attività svolte a 1.777.402,60 euro. Un valore che non trova rispondenza in termini finanziari ma che viene distribuito sul territorio. Pertanto, su 2.500 Enti del Terzo Settore accreditati a Vol.to il servizio civile nazionale porta un contributo di 710,96 di contributo in forza lavoro per ciascuno. Nella realtà avendo aderito al progetto 35 enti la valorizzazione per ogni Ente delle ore svolte sarebbe pari a 50.782,93 euro. Attività che secondo i dati ha ricaduta sulla provincia di Torino, Vercelli, Cuneo ed Asti e che in 24 casi vede una collaborazione con enti pubblici come biblioteche civiche, ospedali, comuni, scuole, università incrementando la valorizzazione complessiva.

IPOTESI LAVORI FUTURI

Definizione dell'impatto su stakeholders secondari

Definire linee guida per definire la ricaduta del lavoro considerando il contesto specifico delle attività di volontariato. Verranno considerate pertanto non solo le ricadute primarie sui ragazzi coinvolti ma anche l'impatto sugli Enti che aderiscono al progetto considerati tra gli stakeholders.

Incremento degli strumenti di rilevazione (domande del questionario) in particolare

KPI PORRE FINE ALLE FORME DI POVERTA' 1.2

La bassa intensità abitativa sarà determinata attraverso l'indicatore di valutazione dell'autonomia abitativa. Nell'anno in corso non è stato possibile valutare attraverso questionario la variazione della situazione abitativa ex-post ma è stata raccolta solo a conclusione del progetto. Pertanto, il parametro che tiene conto della percentuale di persone che vivono in famiglie la cui intensità di lavoro è inferiore a 0,20 in cui l'incidenza di persone che vivono in famiglie dove le persone in età lavorativa (tra i 18 e i 59 anni, con l'esclusione degli studenti 18-24) nell'anno precedente, hanno lavorato per meno del 20% del loro potenziale (con esclusione delle famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più), sarà determinato anche

nei questionari di ingresso dei ragazzi al servizio civile. Il dato è stato però raccolto per i soggetti significativi e rappresentativi del cambiamento attraverso storytelling.

Porre fine alle forma di povertà



Valore reddito medio italiano € 20.670, il valore del 60% è pari a € 12.402. (Valore MEF 2018). I soggetti ad oggi non hanno raggiunto il criterio prospettato in seguito al termine del servizio civile. Sebbene gli storytelling presentino risultati utili a definire chi potenzialmente nel lungo periodo supererà il parametro. L'indicatore inoltre come definito sarà registrato ex ante per permettere una reale definizione del cambiamento.

KPI INCENTIVARE UNA CRESCITA ECONOMICA DURATURA, INCLUSIVA E SOSTENIBILE, UN'OCCUPAZIONE PIENA E PRODUTTIVA E UN LAVORO DIGNITOSO PER TUTTI Tasso di disoccupazione e tasso di occupazione 20-64 anni. I parametri relativi alla percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione totale di 20 anni e rapporto tra i disoccupati e le corrispondenti forze di lavoro (somma degli occupati e disoccupati) sarà mappato in fase di entrata anche attraverso questionario. La condizione al momento è stata mappata attraverso storytelling. Informalmente è stato chiesto in fase di ingresso e registrata durante i colloqui la condizione lavorativa dei soggetti facenti domanda che ha permesso comunque un orientamento.

NOTA:

Realizzato durante il corso Universitario di Aggiornamento Professionale in Valutazione d'impatto Sociale AA. 2019/2020

Università degli Studi di Torino

Breve Bibliografia:

Atkinson, P. (1992). The ethnography of a medical setting: Reading, writing, and rhetoric. *Qualitative Health Research*, 2(4), 451-474.

Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational researcher*, 19(5), 2-14.

Hyman, E. L. (2019). *Combining facts and values in environmental impact assessment: Theories and techniques*. Routledge.

Mishler, E. G. (1991). *Research interviewing*. Harvard university press.

Mishler, E. (1990). Validation in inquiry-guided research: The role of exemplars in narrative studies. *Harvard educational review*, 60(4), 415-443.

Ricoeur P. (1981) Narrative time. In on narrative W.J.T. ed.), The University of Chicago Press, Chicago, IL, pp. 165–186.

Smith, B. H. (1981). After thoughts on narrative. *On narrative*, 207-231.

Taplin, D. H., & Clark, H. (2012). *Theory of change basics: A primer on theory of change*. New York: Actknowledge.

White H. (1981) The value of narrativity in the presentation of re-ality. In on Narrative (Mitchell W.J.T. ed.), University Press, Chicago, IL, pp. 1–24.

Wiltshire, J. (1995). Telling a story, writing a narrative: Terminology in health care. *Nursing Inquiry*, 2(2), 75-82.

Bilancio sociale - Odv casa arcobaleno anno 2019

Valerio Brescia

University of Turin, Department of Management

Vania Tradori

University of Turin, Department of Management

Paolo Bianciotto

Odv Casa Arcobaleno

Marco Bosa

Odv Casa Arcobaleno

Stefano Costa

Odv Casa Arcobaleno

Fabrizio Bert

Department of Public Health Service, University of Turin

Simona Urgo

University of Turin, Department of Management

Abstract: I Principi metodologici: Il presente Bilancio Sociale rafforza il modello di «*Corporate Social Responsibility*» dell'Associazione e consolida il processo di rendicontazione della responsabilità sociale quale parte integrante della propria cultura aziendale in termini di armonico bilanciamento dei risultati attinenti la sfera economica, ambientale e sociale della gestione.

In particolare, gli obiettivi della presente edizione del Bilancio Sociale sono, in sintesi:

- 1) costruzione e miglioramento di un efficace strumento di dialogo, trasparenza, legittimazione e creazione di fiducia che consenta di fare emergere il “valore” dell'organizzazione e del processo di programmazione-gestione-rendicontazione;
- 2) continuazione del percorso di convergenza al «Metodo Piemonte²²», da completarsi nelle future edizioni del bilancio sociale.
- 3) valorizzazione della valenza del modello di integrazione tra mondo delle Istituzioni, mondo accademico, mondo della professione e il ruolo dell'Associazione.

Il Terzo Settore ha prevalenti finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

²²Il «Metodo Piemonte» è il prodotto della collaborazione inter-istituzionale tra la Regione Piemonte, l'ex Facoltà di Economia (ora Scuola di Management ed Economia) dell'Università degli Studi di Torino, Ires Piemonte e Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino. Tale modello mira a presentare il processo di costruzione del Bilancio Sociale della Regione e costituisce un modello operativo di riferimento per le aziende pubbliche e no profit che intendano intraprendere un percorso di rendicontazione sociale.

I principi metodologici alla base del presente documento sono:

- lo Standard 2013 del Gruppo di studio per il Bilancio Sociale (GBS), per la progettazione e formalizzazione del sistema di rendicontazione sociale²³;
- lo Standard Global Reporting Initiative (GRI), per quanto concerne la costruzione del rendiconto economico con l'esposizione del «*valore economico creato*» e «*valore economico distribuito*» e possibili standard introdotti il 1 Luglio 2018.
- la definizione dei KPI di processo ha fornito utili indicazioni per l'orientamento e la definizione degli output da rappresentare nel Bilancio Sociale²⁴.
- Standard AccountAbility 1000 (AA 1000) - con riferimento principalmente sia alle modalità per rendere conto della gestione in modo trasparente e comprensibile a tutti (accountability), sia ai criteri per l'identificazione degli stakeholder e la loro inclusione nel processo di rendicontazione sociale.
- Linee guida per il funzionamento del centro di competenze per la valutazione dell'impatto realizzate dalla Camera di Commercio di Torino, Torino Social Impact con il supporto di Human Foundation²⁵.

Non si applica quanto esplicitato il 10 gennaio 2017 in G.U. il Decreto Legislativo 30 dicembre 2016 n. 254 che recepisce nel nostro ordinamento la direttiva 2014/95/UE, recante modifica alla direttiva 2013/34/UE per quanto riguarda la comunicazione di informazioni di carattere non finanziario e di informazioni sulla diversità da parte di taluni gruppi di grandi dimensioni, anche se standard e definizioni sono stati utili per la costruzione del documento.

L'approccio operativo si riconduce al «Metodo Piemonte» per il bilancio sociale, con particolare riferimento alla «Governance di processo» e alla «Validazione professionale di processo».

Il documento è il primo bilancio sociale dell'Associazione, che ha valutato l'opportunità di redigerlo nonostante il non obbligo di legge che invece lo impone secondo determinati parametri art. 14D.lgs. 117/2017 pubblicato su G.U. 03/07/2017.

La «*Governance di processo*»: Con riferimento alla «*Governance di processo*», sono stati costituiti i seguenti gruppi di lavoro che hanno collaborato tra di loro e con i responsabili aziendali di volta in volta coinvolti:

- il «*Comitato scientifico di indirizzo*», per la definizione dei riferimenti metodologici e la supervisione dell'intero processo;
- il «*Comitato di processo*», per la direzione e il controllo dell'attività operativa;
- il «*Gruppo di lavoro di applicazione metodologica e operativa*», che ha curato la gestione operativa del Bilancio Sociale, secondo le metodologie e le tempistiche individuate nel cronoprogramma e in coordinamento e collaborazione con tutte le strutture interne dell'Associazione;
- l'«*Organo di validazione professionale*», che ha espresso il giudizio di conformità del documento ai requisiti del Metodo Piemonte.

²³ <http://www.gruppobilanciosociale.org/publicazioni/standard-gbs-2013-principi-di-redazione-del-bilancio-sociale/>

²⁴ Elaborato CSR Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino del 27/10/2016.

²⁵ https://www.to.camcom.it/sites/default/files/avviare-impresa/impresasociale/TSI_Abstract_Linee_Guida.pdf

Il «*comitato scientifico di indirizzo*» e il «*comitato di processo*» sono composti da figure esponenti dell'Associazione, da figure Accademiche e iscritti all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino²⁶:

- dott. Valerio Brescia,
- prof.ssa Vania Tradori,
- ing. Paolo Bianciotto,
- dr. Marco Bosa,
- dr. Stefano Costa,
- prof. Fabrizio Bert²⁷
- laureanda Simona Urgo²⁸,

Il «*Gruppo di lavoro di applicazione metodologica unica e operativa*» è composto da Valerio Brescia e dalla prof.ssa Vania Tradori²⁹. Il Gruppo ha seguito un approccio di tipo «endogeno», coinvolgendo la struttura interna di Odv Casa Arcobaleno nella redazione del Bilancio Sociale, ma al tempo stesso incrementando il ruolo e il grado di coinvolgimento degli stakeholder. L'attività di ricerca e di raccolta dei dati ha portato ad una stretta collaborazione con tutti i volontari, concretizzando, in tal modo, un gruppo di lavoro allargato. I dati sono stati raccolti sia attraverso i rendiconti della gestione, sia attraverso la somministrazione di questionari.

Questa edizione del Bilancio Sociale fa riferimento all'Odv Casa Arcobaleno e alle relative performance riferite all'esercizio 2018 (1° gennaio - 31 dicembre 2018). I dati relativi all'esercizio precedente sono riportati a soli fini comparativi, per consentire una valutazione sull'andamento dinamico delle attività dell'Associazione stessa. Il Dott. Valerio Brescia inoltre applicato le linee guida per il funzionamento del centro di competenze per la valutazione dell'impatto realizzate dalla Camera di Commercio di Torino, Torino Social Impact con il supporto di Human Foundation.

L'«*Organo di validazione di processo*» è in capo ad iscritti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino ed è composto dal dott. Alessandro Aiassa³⁰ e dal dott. Daniel Iannaci³¹ e Alessio Chiampi³². Si è occupato della verifica di processo di realizzazione

²⁶Paolo Bianciotto è vicepresidente dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno; dr. Marco Bosa è tesoriere dell'Associazione; dr. Stefano Costa è consigliere dell'Associazione e coordinatore dello sportello Sanarcobaleno; Prof. Fabrizio Bert è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche e collabora ad attività di ricerca scientifica applicata al servizio testing; Daniel Ainnaci è dottorando dell'Università degli Studi di Torino, commercialista in Torino iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino; Valerio Brescia è presidente dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno dottorato di ricerca e assegnista di ricerca nel Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino e dottore commercialista e revisore legale iscritto dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino.

²⁷ Ricercatore di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatrica, Università degli Studi di Torino.

²⁸ Simona Urgo laureanda in Professioni Contabili Banca Assurance presso Scuola di Management ed economia, Università degli Studi di Torino.

²⁹ Valerio Brescia è Dottorato di ricerca e assegnista di ricerca in *Business and Management* nel Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino. Vania Tradori è ricercatrice presso il Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino.

³⁰ Alessandro Aiassa è commercialista e revisore legale in Torino iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino.

³¹ Daniel Iannaci è commercialista in Torino iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino.

³² Alessio Chiampi è commercialista e revisore legale in Torino iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino.

La struttura del documento: Il contenuto del documento finale è articolato in tre sezioni:

- *Identità e Missione dell'Associazione Casa Arcobaleno*, che sintetizza la missione dell'Organizzazione di Volontariato, il contesto di riferimento, i principi etici e l'assetto istituzionale e organizzativo dell'Associazione. In tale sezione vengono anche presentati i rapporti di scambio tra l'Associazione e i principali soggetti di riferimento (*stakeholder*);
- *Rendicontazione finanziario*, che espone, per il biennio 2018 - 2019, i dati economico-finanziari dell'Associazione, le modalità di raccolta e di utilizzo delle risorse sintetizzate nelle tabelle di determinazione e distribuzione del «*Valore economico creato*». Tale periodo è rappresentativo dell'avvio del percorso di avvicinamento al “Metodo Piemonte”;
- *Relazione sociale*, dove vengono descritte le attività associative, gli investimenti, e le principali attività di ricerca e iniziative sviluppate nel 2019.

Tali sezioni sono precedute dalla presente «*Nota Metodologica*» e seguite da una sezione conclusiva con la «*Validazione professionale di processo*».

Keywords: bilancio sociale, hiv, test

doi:

1. Parte prima – Mission e Identità dell'Organizzazione di Volontariato Odv Casa Arcobaleno

Nella Parte prima vengono sintetizzati la missione dell'Associazione, il contesto di riferimento, i principi e l'assetto istituzionale e organizzativo. In tale sezione vengono anche presentati i rapporti di scambio tra l'Associazione e i principali soggetti di riferimento (*stakeholder*).

1.1. Chi siamo

L'Organizzazione di volontariato ODV denominata “CASA ARCOBALENO” è stata costituita nel 2014 con sede legale nel Comune di Bricherasio (TO). La sede operativa invece è in Via Lanino 3/a Torino (TO), dove condivide gli spazi con altre 16 Associazioni che si occupano principalmente di tutela e promozione dei diritti e che fanno parte di altri network nazionali e internazionali. Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 117/2017 sono state apportate delle modifiche allo statuto che verranno di seguito presentate. Di fondamentale importanza è il fatto che è stato inserito obbligatoriamente l'acronimo ODV poiché l'Associazione è iscritta al registro Unico Nazionale del Terzo Settore.

2. La missione e l'attività dell'Associazione

Per la realizzazione degli scopi per cui l'Associazione è stata costituita, la stessa si propone di:

- a) creare le condizioni per l'affermazione della piena realizzazione e della piena visibilità di ogni persona gay, lesbica, bisessuale e trans gender;
- b) combattere il pregiudizio, le discriminazioni e la violenza in ogni loro forma, anche attraverso la formazione e l'aggiornamento di operatori sociali, educatori ed insegnanti, lavoratori pubblici e privati;
- c) costruire sul territorio centri polivalenti di cultura gay e lesbica che forniscano servizi di supporto socio-psicologico, esistenziale, di promozione della salute, linee di telefono amico, produzione e programmazione culturale;

- d) promuovere la socializzazione delle persone gay, lesbiche, bisessuali, soggetti discriminanti e fasce deboli attraverso attività e strutture aggregative e ricreative;
- e) promuovere una maggiore consapevolezza sui temi dei diritti civili, del superamento del pregiudizio e della lotta alle discriminazioni nell'opinione pubblica tramite l'intervento sui mass media e l'attivazione dei propri strumenti e occasioni di informazione;
- f) lottare per l'abolizione di ogni forma di discriminazione normativa relativa all'orientamento sessuale e all'identità ed espressione di genere e per il pieno riconoscimento legale dell'uguaglianza dei diritti delle coppie lesbiche e gay e dei diritti dei soggetti discriminati (come ad esempio formazione, pubblicazioni, orientamento legale, divulgazione, raccolta firme, proposte di legge);
- g) lottare contro ogni forma di discriminazione relativa all'orientamento sessuale e all'identità ed espressione di genere anche attraverso il ricorso all'autorità giudiziaria in sede civile, penale ed amministrativa;
- h) essere forza di pressione verso le istituzioni e le forze politiche affinché siano messe in atto buone pratiche antidiscriminatorie, supporti all'azione dell'Associazione;
- i) costruire un dialogo e realizzare alleanze con le altre associazioni, i sindacati, le forze sociali e i movimenti al fine di rafforzare la lotta contro le discriminazioni e i pregiudizi e contribuire ad un ampliamento della libertà e dell'uguaglianza di tutti gli individui;
- j) sostenere le azioni e le rivendicazioni delle persone bisessuali e trans gender, del movimento delle donne e delle fasce deboli;
- k) promuovere l'inserimento sociale e la valorizzazione delle persone con HIV, assistendole nella ricerca di un lavoro;
- l) partecipare ad iniziative a livello europeo e internazionale per ampliare i diritti umani e civili con particolare riferimento a quelli delle persone gay, lesbiche, bisessuali e trans gender e dei soggetti deboli;
- m) promuovere l'inserimento sociale e la valorizzazione delle persone con HIV, assistendole nella ricerca di un lavoro;
- n) partecipare ad iniziative a livello europeo e internazionale per ampliare i diritti umani e civili con particolare riferimento a quelli delle persone gay, lesbiche, bisessuali, e trans gender e dei soggetti deboli;
- o) combattere le discriminazioni verso le persone affette da malattie sessualmente trasmissibili con particolare riferimento all'HIV (ad esempio attraverso sensibilizzazione della popolazione, campagne di comunicazione, informazioni utili anche a livello scientifico per definire e comprendere meglio le patologie e prevenire il sorgere di discriminazioni sociali legate allo stigma);
- p) promuovere una sessualità libera, consapevole e informata. Favorire l'educazione sessuale e la conoscenza e la diffusione delle pratiche di sesso sicuro (ad esempio attraverso opuscoli e media informativi, articoli, educazione alla salute in particolare verso i giovani per prevenire comportamenti a rischio, progetti di prevenzione sanitaria e socio sanitaria);
- q) organizzare servizi socio assistenziali ed ambulatoriali direttamente od in collaborazione con le strutture pubbliche per specifiche esigenze rilevate, quali gestione di servizi volti alla prevenzione e cura di malattie sessualmente trasmissibili e patologie psicologiche legate e/o causate dall'emarginazione sociale e da casi di discriminazione o violenza (ad esempio sportelli di counseling, test rapidi di HIV e sifilide, definizione di protocolli utili alle strutture sanitarie al fine di gestire correttamente il paziente con particolari esigenze superando il problema minority stress, progetti sperimentali di diagnosi medica gestiti dall'Associazione);

- r) promuovere ed organizzare la solidarietà sui problemi della solitudine e del dolore, istituendo anche specifici servizi attraverso assistenza domiciliare, sportello di ascolto, accompagnamento e orientamento verso servizi psicologici attivi sul territorio o assistenza al servizio sanitario nel servizio di assistenza e accompagnamento a pazienti terminali;
- s) organizzare e gestire servizi sociali ed assistenziali, anche domiciliari, per il sostegno a cittadini in condizioni anche temporanee di difficoltà con particolare attenzione alla popolazione lesbica gay bisessuale e transessuale e fasce deboli o soggetti discriminati;
- t) organizzare e gestire iniziative di studio di informazione in attuazione dei fini del presente Statuto anche mediante pubblicazioni periodiche, promozione della ricaduta del volontariato e delle attività realizzate dall'Associazione attraverso la realizzazione di riviste scientifiche, monografie o la pubblicazione di articoli scientifici su riviste riconosciute dal MIUR e attraverso strumenti open access;
- u) organizzare seminari universitari, attività di formazione professionale e formazione informale sui temi della differenza di genere, risposta al bisogno specifico della comunità locale, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili e HIV/AIDS, normativa in tema di differenza di genere, cultura legata all'educazione sessuale.

Obiettivi di breve termine

Dare continuità al servizio di accoglienza e orientamento sociosanitario e legale. Fornire servizi di somministrazione gratuita dei test rapidi HIV e Sifilide andando a integrare i servizi di diagnosi e cura forniti dal Servizio Sanitario Nazionale. Avviare una rivista scientifica sulle attività di volontariato e sulle attività community-based con l'obiettivo di migliorare il benessere della comunità locale e promuovere risultati legati alle attività di volontariato.

2.1 Obiettivi di sviluppo sostenibile | SDGs

L'Associazione inoltre risponde a obiettivi SDG 3.3.1 - Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione.



Obiettivo 3. Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età.

L'Italia ha da tempo raggiunto l'obiettivo definito dalle Nazioni Unite per la mortalità neonatale e per la mortalità sotto i 5 anni, collocandosi tra i Paesi con la più bassa mortalità infantile in Europa. Nel 2017, l'incidenza delle infezioni da HIV è scesa a 5,7 nuovi casi ogni 100.000 residenti, in calo rispetto ai 7 casi registrati nel 2012, ma con un andamento pressoché stabile dopo il 2015³³. L'Associazione contribuisce al mantenimento dell'obiettivo specifico attraverso l'informazione erogata e i test somministrati.

3. Il network e il contesto di riferimento

I cerchi e la rappresentazione grafica aiutano a percepire la vicinanza e l'adesione di Odv Casa Arcobaleno al network, politiche e reti che definiscono l'impatto sull'ambiente circostante. Casa Arcobaleno è anche il nome della sede data in concessione ad Arcigay "Ottavio Mai" di Torino dalla Città di Torino. L'Associazione collabora con diverse istituzioni direttamente o indirettamente come verrà descritto per ciascun progetto (Figura 1).

³³ RAPPORTO SDGs 2019, Informazioni Statistiche per l'Agenda 2030 Italia. SBN 978-88-458-1979-7 © 2019 Istituto nazionale di statistica Via Cesare Balbo, 16 – Roma. https://www.istat.it/it/files/2019/04/SDGs_2019.pdf

C.O.N.I.: Il CONI, emanazione del Comitato Olimpico Internazionale (CIO), è autorità di disciplina regolazione e gestione delle attività sportive nazionali. Il Comitato Olimpico Nazionale Italiano, Ente pubblico cui è demandata l'organizzazione e il potenziamento dello sport nazionale, promuove la massima diffusione della pratica sportiva.

Casa Arcobaleno: CasArcobaleno nasce come progetto nel 2012, su iniziativa del Comitato Territoriale Arcigay Torino "Ottavio Mai" e prende avvio ufficialmente dal V Congresso di Arcigay Torino il 17 maggio 2014. Nasce a Torino per una serie di motivi molto particolari e per nulla casuali: il capoluogo subalpino è da sempre all'avanguardia per quanto riguarda la costruzione dei sentimenti di cittadinanza, le lotte per l'autodeterminazione delle persone e per i diritti della comunità LGBT.

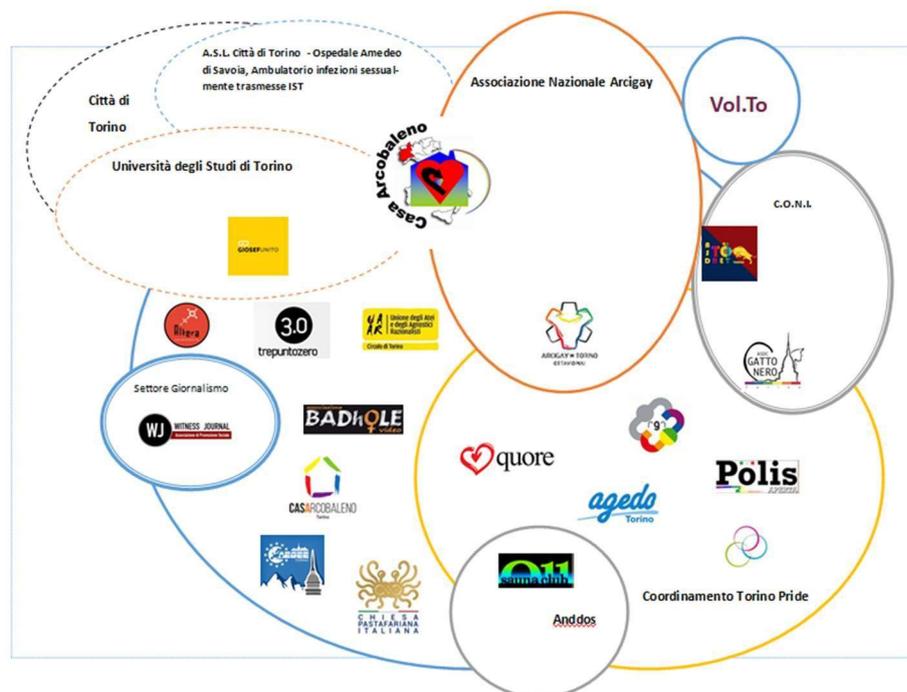
Associazione Nazionale Arcigay: Arcigay è la principale Associazione LGBTI italiana senza scopo di lucro e la più grande per numero di volontar* e activist* su tutto il territorio nazionale. È un'Associazione di promozione sociale (APS) iscritta al registro nazionale delle APS con il numero 115 (L. 383/2000). Dal 1985 si batte per la parità dei diritti, l'autodeterminazione, il superamento di stereotipi e pregiudizi nei confronti delle persone LGBTI, e contro ogni forma di discriminazione. Opera su tutto il territorio nazionale attraverso i suoi 71 comitati territoriali e associazioni aderenti, grazie alla partecipazione di migliaia di volontar* e activist*, persone LGBTI e non, che sono mobilitat* per dare concretezza agli obiettivi e alle attività dell'Associazione sia a livello locale sia a livello nazionale.

Coordinamento Torino Pride: Il Coordinamento Torino Pride GLBT è un raggruppamento di associazioni cui aderiscono le realtà associative Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender (LGBT) operanti nel territorio della Regione Piemonte, insieme ad associazioni non LGBT impegnate nel sostegno dei valori della laicità, del rispetto e della valorizzazione delle differenze. Il Coordinamento si è costituito in occasione del Pride Nazionale del 2006 realizzato a Torino.

ANDDOS ora ARCO: ARCO, acronimo di Associazione Ricreativa Circoli Omosessuali, è una Onlus che riunisce diversi Circoli Privati ed Associazioni LGBT italiane. Fondata nel 2012 con il nome di ANDDOS (Associazione Nazionale Contro le Discriminazioni da Orientamento Sessuale), ha cambiato denominazione in ARCO nel maggio 2018.

VOL.TO: Acronimo di VOLONTARIATO TORINO nasce il 1 gennaio 2015 dalla fusione dei due Centri di Servizio precedentemente presenti sul territorio, Volontariato, Sviluppo e Solidarietà in Piemonte e Idea Solidale. Vol.To è un'Associazione i cui aderenti sono esclusivamente Organizzazioni di volontariato. L'Associazione mette a disposizione delle Associazioni di Volontariato del territorio di competenza una vasta gamma di servizi, iniziative e attività con l'obiettivo di sostenere, rendere più efficace e qualificata la loro azione al servizio delle persone e della società.

Figura 1. Network di riferimento



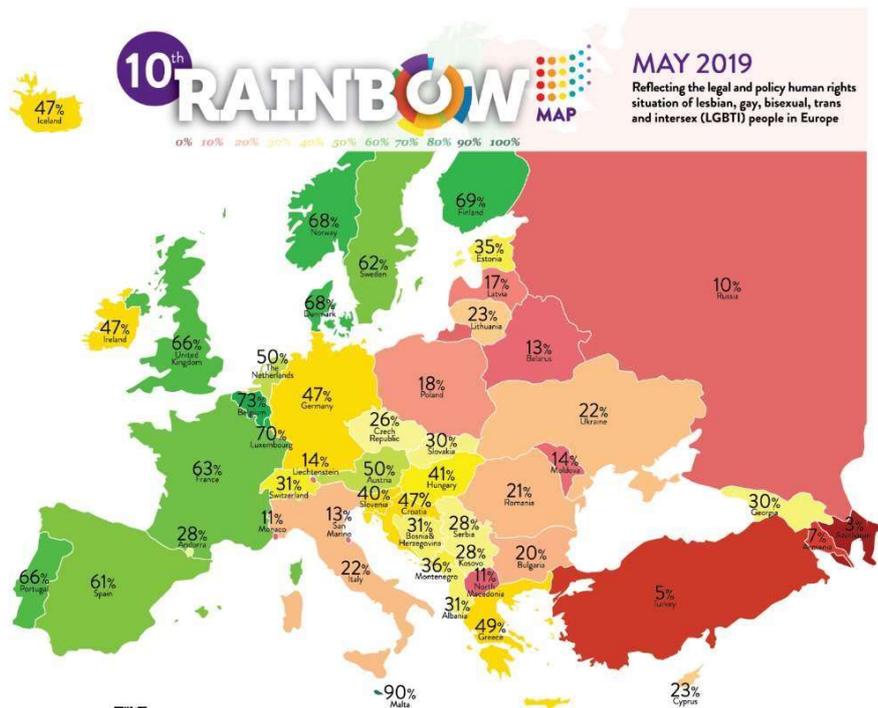
3.1 Il contesto di riferimento in cui l'Associazione agisce

L'Ilga Europe, l'organizzazione che racchiude la maggior parte delle associazioni lgbt europee, il 17 maggio ha diffuso il Rapporto annuale 2019 che delinea la situazione dei diritti e delle tutele delle persone gay, lesbiche, bisessuali, transessuali e intersessuali in tutta l'Europa. Come ogni anno, anche per il 2019 ad ognuno dei 49 Paesi esaminati è stato assegnato un punteggio in base non solo alle leggi approvate, ma anche al livello di attuazione di queste norme.

Nella mappa contenuta nel report i paesi sono valutati con un punteggio da 1 a 100 e colorati con gradazioni che vanno dal verde al rosso in base al livello raggiunto dalla legislazione per il mondo LGBTI. I paesi in questione mostrano una sostanziale omogeneità: i paesi del Medio Oriente come la Turchia, l'Armenia e l'Azerbaijan sono quelli meno avanzati, soprattutto se confrontati con i paesi come Malta al primo posto, la Finlandia, la Norvegia e il Belgio.

Dal 2017 al 2019 l'Italia ha subito una diminuzione di 5 punti percentuali. Nel 2018 secondo ILGA Europe, erano tre le cose che l'Italia doveva fare immediatamente: approvare il matrimonio egualitario; estendere a tutti l'accesso alle tecniche di procreazione assistita; proibire interventi medici sui minori intersex quando non ci siano necessità mediche e l'intervento possa essere posticipato o evitato fino a quando la persona non sia in grado di decidere autonomamente, ancora nel 2019 non sono state approvate leggi in merito motivo per il quale la percentuale è diminuita. Come da testimonianza dell'ILGA EUROPE nel 2019 ci sono stati anche ancora numero casi di discriminazione.

Per queste ragioni, l'Italia ha ancora un punteggio basso nel report ILGA, inferiore a paesi come l'Albania (31%), la Bosnia (31%), il Kosovo (28%) e il Montenegro (36%) (Figura 2).

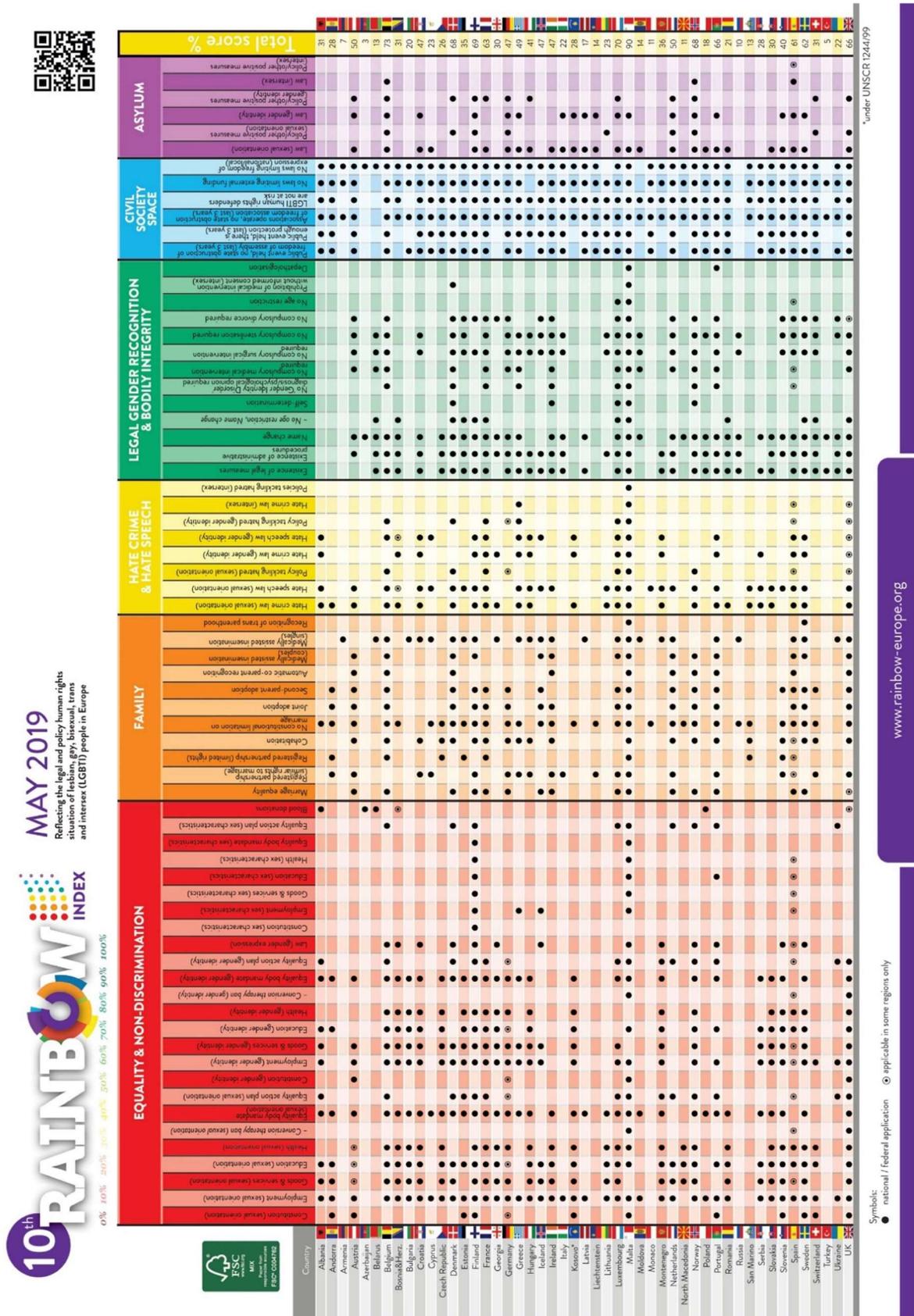


Per affrontare i problemi che la popolazione può riscontrare a livello locale e combattere lo stigma generalizzato verso l’orientamento sessuale e il genere, l’Associazione Odv Casa Arcobaleno collabora con l’Associazione Arcigay “Ottavio Mai” di Torino al fine di gestire casi e problematiche rilevate. Al fine di orientare al meglio gli utenti l’Associazione si avvale della consulenza gratuita grazie alla collaborazione avviata da anni con lo Studio Legale Papotti Maestro e Associati nella figura dell’Avv. Alberto Bazzano, penalista e esperto in diritto antidiscriminatorio.

Di seguito viene rappresentato il contesto di riferimento in modo da avere una visione d’insieme e permettere confronti sui macro temi dell’equità e della non discriminazione, della famiglia, dei crimini di odio e aggressione verbale, del riconoscimento e dei diritti legati al genere e all’integrità del corpo, al livello della società civile e al diritto di asilo in Italia e negli altri stati.

Figura 3. Immagine Torino Pride 2019 durante somministrazione dei test rapidi HIV





3.2 A livello epidemiologico la Regione Piemonte

Nel 2018, secondo i dati diffusi dal SeReMi, i e le piemontesi che hanno scoperto di aver acquisito l'infezione da HIV sono 198 (4,5 casi ogni 100.000 abitanti). È il valore più basso che si è registrato a partire dal 2000. La classe di età con il tasso di incidenza più elevato (11,9) risulta quella tra i 25 e i 34 anni di età. I e le giovani di meno di 25 anni con nuova diagnosi di HIV nel 2018 sono 26. L'infezione da HIV rimane un grave problema di salute pubblica nei paesi dell'EEA con circa 26164 (5,6 casi ogni 100.000 abitanti) nuove infezioni notificate ogni anno. La maggior parte (79%) delle persone con diagnosi di HIV nel 2018 sono uomini e la frequenza più alta di segnalazioni (41%) è attribuibile ai rapporti sessuali tra uomini. Nel 2018, il tasso di incidenza complessivo è rimasto sostanzialmente stabile come è rimasta pressoché uguale la percentuale di trasmissione tra uomini. Nel 2017, sono stati segnalati 29.365 casi di sifilide nei paesi dell'EEA. L'aumentata incidenza dei casi con informazioni sulla modalità di trasmissione riguardano MSM (Uomini che fanno sesso con uomini) ma pare anche associata al diffondersi di comportamenti sessuali ad alto rischio in questa popolazione come il sesso non protetto. Invece, i tassi tra le donne sono diminuiti nel tempo. Nel 2017 e nel 2018 i nuovi casi di HIV diagnosticati nei centri IST del Piemonte sono rispettivamente 261 e 201, pari ad un tasso di incidenza di 5,8 casi su 100.000 abitanti nel 2016 e 4,5 casi su 100.000 abitanti nel 2018. Il dato relativo al 2018 risulta il più basso di tutto il periodo di osservazione (2000-2018), la riduzione del numero di casi rispetto al 2017 è del 22%. A livello regionale sono diminuiti di circa 60 casi rispetto all'anno precedente. (dati HIV/aids in piemonte aggiornamento 2018 SEREMI ASL AL).

4. I principali stakeholder e utenti

L'Associazione svolge attività di prevenzione primaria e secondaria.

Prevenzione Primaria: La Prevenzione Primaria ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare, è un insieme di attività, azioni ed interventi che attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose.

L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio).

In tal senso l'Associazione ha attivo attraverso i canali associativi, incontri e collaborazioni istituzionali un programma di prevenzione rivolto alla popolazione che mira a ridurre lo stigma delle persone sieropositive e a incrementare l'accesso al testing e alla consapevolezza legata al comportamento sessuale.

La Prevenzione Secondaria: attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già ammalati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening) mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso.

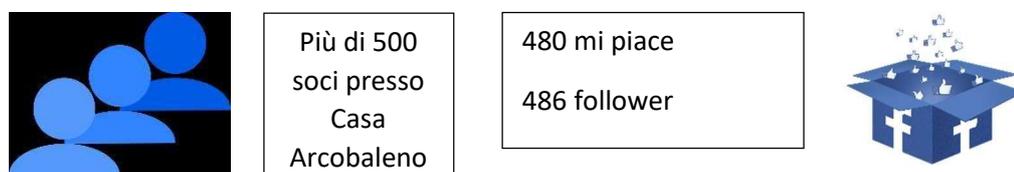
L'Associazione in tal senso ha attivato da diversi anni un servizio di orientamento e testing della popolazione volto a ridurre le malattie sessualmente trasmissibili e a individuare persone HIV+ non consapevoli del proprio stato sierologico. L'individuazione immediata riduce le probabilità di immunodeficienza attraverso l'immediato avvio con i Servizi Sanitari Regionali di un percorso di cura e di presa in carico e la possibilità di trasmettere il virus.

4.1 Stakeholders attività di prevenzione primaria

La comunicazione attivata dall'Associazione ha avuto ricaduta diretta sugli oltre 500 soci presenti all'interno di Casa Arcobaleno attraverso le diverse associazioni aderenti.

Il numero di mi piace ottenuti sulla pagina Facebook nella sono pari a 480, con 486 follower, oltre alle visite ricevute sulla pagina istituzionale di Odv Casa Arcobaleno.

Figura 5. Soci e follower

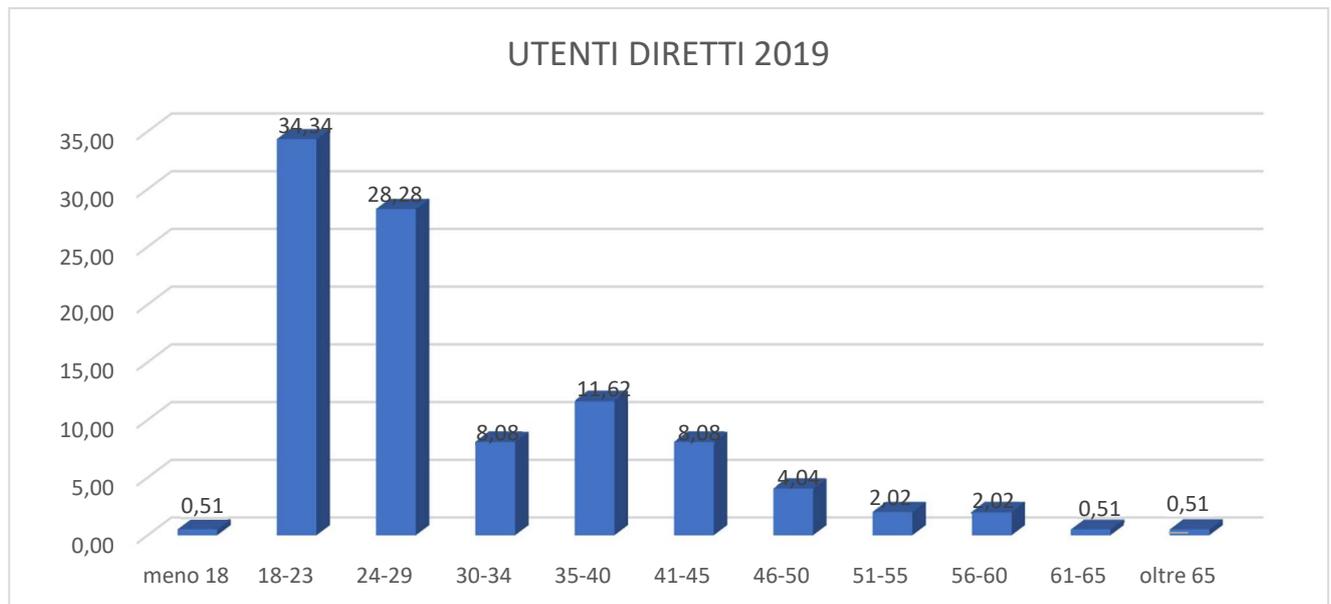


4.2 Stakeholders principali attività di prevenzione secondaria

I fruitori principali delle attività associative sono gli abitanti di Torino Città Metropolitana. L'Associazione volge particolare attenzione alla popolazione Lesbica Gay Bisessuale Transessuale e Queer – LGBTQ. Secondo le stime i possibili fruitori diretti del servizio potrebbero essere 57.050 percentuale statistica persone LGBT presenti nel territorio di Torino Città Metropolitana (numero di abitanti residenti per 2,5% persone che si sono dichiarate omosessuali o transessuali ultimo censimento ISTAT).

Ai servizi associativi di prevenzione secondaria nel corso del 2019 hanno avuto accesso 315 utenti, (di cui 198 utenti con dati accessibili per il progetto cofinanziato da Vol.To e patrocinato dall'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali della Città di Torino). Nel grafico la rappresentazione percentuale della popolazione per fasce d'età (Figura 6).

Figura 6. Utenti per età



Il 68% degli utenti al servizio sono uomini, mentre il 31,5% sono donne e infine lo 0,5% sono trans. Dichiara di essere Italiano l'85,93% del campione mentre il 14,07% è di stranieri. Gli utenti si dichiarano per il 31% eterosessuale, il 46% omosessuali/lesbiche, il 2,5% si dichiara queer, il 17% bisessuale e lo 3,5% altro Figura 7.

Figura 7. Rappresentazione per genere



68%
Uomini



31,5%
Donne

5. Il Direttivo

Il 20 Marzo 2017 è stata definita l'Organizzazione del consiglio direttivo di Odv Casa Arcobaleno formata da 7 soci e in carica per 3 anni.

Presidente: Dott. Valerio Brescia, Dottorato in Business and Management, Dottore Commercialista e Revisore Legale attualmente assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino. È auditor e ispettore ECM della Regione Piemonte, svolge da diverso tempo attività di volontariato in associazioni sociosanitarie e di primo soccorso. Ha coordinato per diversi anni progetti di somministrazione dei test rapidi HIV community based autonomamente o in collaborazione con il Ministero della Salute, San Raffaele di Milano e INMI Spallanzani di Roma. È stato componente della Consulta HIV/AIDS della Regione Piemonte.

Vicepresidente: Ing. Paolo Bianciotto, imprenditore, già nel precedente direttivo dell'Associazione come tesoriere. Per anni nel direttivo dell'Associazione Arcigay "Ottavio Mai" di Torino dove ha contribuito alla realizzazione della sede Casa Arcobaleno in cui attualmente si svolgono le attività dell'Associazione.

Segretario: Luigi Guglielmini, volontario e attivista che da anni riconosce l'utilità della community based. Ha svolto per 7 anni attività di volontariato presso il gruppo salute dell'Associazione Arcigay "Ottavio Mai" prima di dedicarsi all'attività di Odv Casa Arcobaleno.

Tesoriere: Dr. Marco Bosa, medico volontario presso l'Associazione. Svolge attività di volontariato presso l'Associazione da 5 anni dove mette a disposizione le proprie competenze verso la comunità presso lo Sportello Sanarcobaleno.

Altri componenti del direttivo

Dott. Giorgio Galfo, Riccardo Zucaro, Dr. Stefano Costa

6. Parte seconda – rendicontazione finanziaria

Nella Parte seconda vengono presentati, per il triennio 2017-2018-2019, i dati economico-finanziari dell'Associazione, le modalità di raccolta e di utilizzo delle risorse sintetizzate nelle tabelle di *determinazione e distribuzione* del «*Valore economico creato*». Il periodo considerato è rappresentativo del percorso di avvicinamento al «Metodo Piemonte» e di rappresentazione Pop dei risultati.

6.1. Introduzione

La rendicontazione economico-gestionale che verrà presentata nei successivi paragrafi è la fase finale di un processo di «amministrazione razionale» fondato sul bilancio». Il *bilancio* rappresenta lo strumento che supporta gli organi di governo ad attuare una gestione che si basa sulla programmazione degli obiettivi, sulla loro esecuzione e sulla successiva rendicontazione per il controllo del grado di raggiungimento degli obiettivi programmati. La peculiarità di questo modello è, quindi, quella di articolarsi in tre fasi:

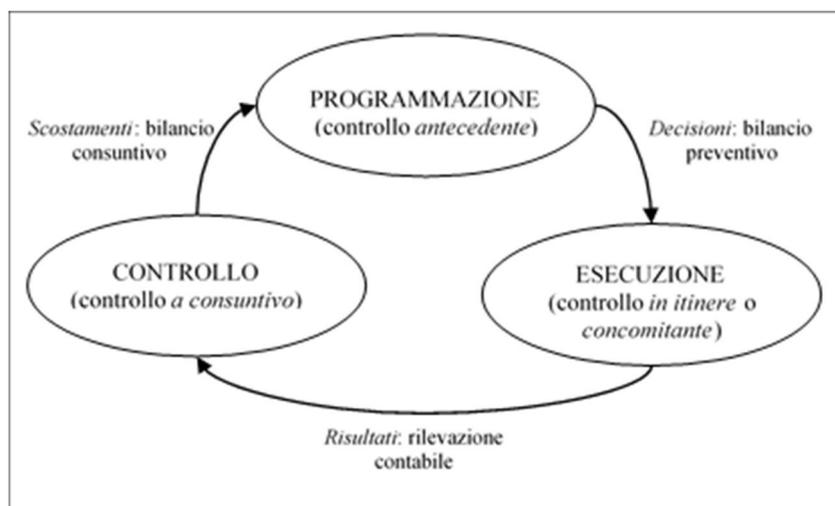
- la fase della programmazione della gestione o controllo antecedente;
- la fase dell'esecuzione della gestione o controllo concomitante;
- la fase del controllo della gestione o controllo consuntivo.

Le suindicate fasi del modello producono informazioni utili per il processo decisionale. Tali informazioni si traducono in:

- *obiettivi*, nella programmazione,
- *risultati*, nell'esecuzione,
- *scostamenti* nel controllo.

Tale processo si presenta in forma schematica come segue in Figura 8.

Figura 8. Processo di pianificazione programmazione e controllo



La fase della programmazione è quella che fissa gli obiettivi che si intendono raggiungere nel corso della gestione (12 mesi). Tale fase, nell'Associazione, si esplicita nella redazione dei piani di attività sulla base del seguente processo:

- definizione, con i responsabili e gli operatori dei diversi servizi, delle attività che si intendono effettuare nell'arco dei 12 mesi, anche sulla scorta di quanto fatto negli anni precedenti, degli obiettivi prefissati, delle potenzialità della struttura e delle indicazioni di tutti gli operatori raccolte in occasione dell'assemblea del personale di fine anno;
- individuazione delle le risorse teoriche necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- definizione, da parte ogni responsabile, delle modifiche organizzative e strutturali necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati;
- indicazione di un insieme di strumenti di misura e di verifica degli scostamenti tra l'attività programmata e quella effettivamente svolta nel corso dell'anno, per prevedere interventi correttivi in corso d'opera o facilitare la programmazione per il periodo successivo.

La programmazione spesso coincide spesso con le fasi definite da progetti specifici.

La fase del controllo è quella che, *in itinere* (periodica secondo fasi di realizzazione progettuali SAL) e *a consuntivo* (alla fine dell'anno), analizza la gestione nel suo complesso e permette:

- 1) di sintetizzare i dati finanziari;
- 2) evidenziare gli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità³⁴ che caratterizzano il profilo finanziario dell'Associazione.

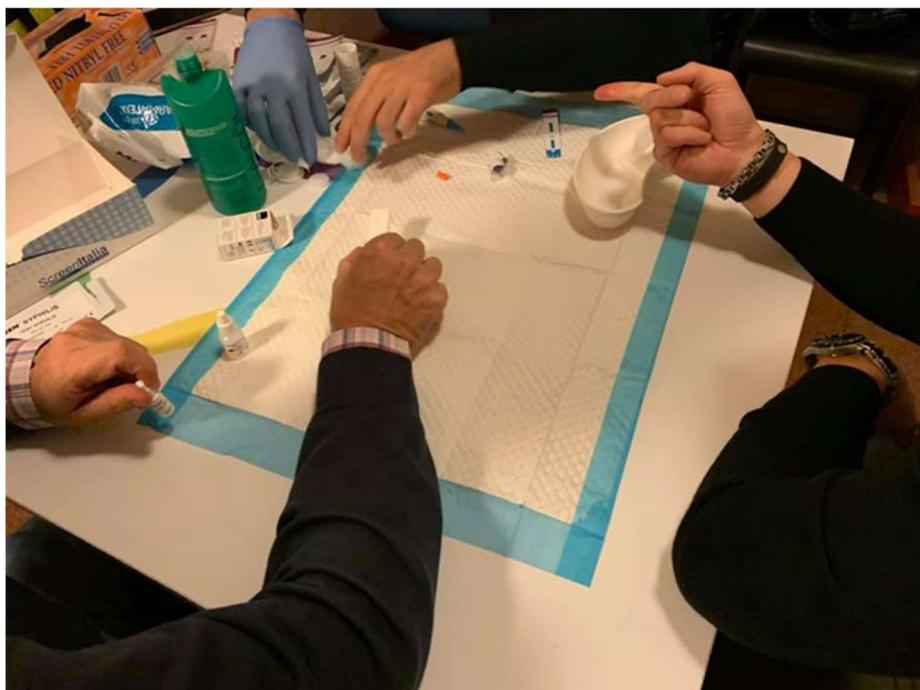
Con riferimento agli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità si riporta, a titolo esemplificativo, un'esemplificazione degli indicatori utilizzati per il monitoraggio delle attività diagnostica dello sportello di somministrazione test HIV e sifilide.

Tabella 1. Rappresentazione indicatori

INDICATORE
Numero di volontari medi su numero di utenti giornalieri
Numero di test somministrati su monte ore attività di somministrazione
Numero di testing reattivi e leggibili su numero di testing somministrati
Numero di utenti gestiti su numero di richieste ricevute

Nei paragrafi successivi è proposta una riclassificazione del rendiconto finanziario definendo il valore economico creato e il valore economico distribuito dall'Associazione. La relazione sociale è stata arricchita di alcune analisi e sul monitoraggio della qualità e della *customer satisfaction*.

³⁴L'efficacia indica la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato, mentre l'efficienza valuta l'abilità di farlo impiegando le risorse minime indispensabili. L'economicità è la capacità dell'Associazione di durare nel tempo massimizzando l'utilità/utilizzo delle risorse impiegate.



7. Rendiconto finanziario

Il bilancio degli enti del terzo settore con entrate (di qualsiasi tipo e comunque denominate) inferiori a 220.000 euro annui può essere redatto nella forma del rendiconto finanziario per cassa (2° comma D.Lgs. 117/2018³⁵). Questa norma non si applica agli enti del terzo settore non commerciali (fra cui le OdV) per i quali il limite delle entrate scende a 50.000 euro annui. L'Associazione Odv Casa Arcobaleno ha predisposto e approvato i rendiconti sociali per gli esercizi 2017, 2018 e 2019. L'analisi di come questo Valore che viene creato ma soprattutto di come viene distribuito, fornisce una dimensione della rilevanza sociale sul territorio (Tabella 2).

Tabella 2. Riclassificazione entrate

	2019	2018	2017	Variazione % tra 2019 e 2018	Variazione % tra 2018 e 2017
Tesseramento	135,00	105,00	120,00		
Contributi	960,00	112,00	300,00		
Donazioni e erogazioni	653,00	0	3.055,00		
Prestiti da Soci	0	45	0		
Avanzo di gestione	981,17	2.821,99	465,00		
Valore economico creato	2.729,17	3.083,99	3.940,00	-11,50	-21,60

³⁵ Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 emanato a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. Pubblicato in GU Serie Generale n.179 del 02-08-2017 - Suppl. Ordinario n. 43) entrato in vigore il 03/08/2017 e aggiornato con le modifiche apportate dal Dlgs correttivo 105/2018.

Politica Sociale di creazione del valore

L'Associazione, in ragione dei principi e della mission che lo caratterizzano, ha deciso di non subordinare esclusivamente le proprie scelte operative alla logica economica, soprattutto in quegli ambiti ritenuti maggiormente significativi (domanda di prestazioni sanitarie e orientamento al percorso di cura). In particolare, per effetto di questa scelta, nel corso del 2019 sono stati erogati test HIV e sifilide principalmente presso la sede operativa della ODV CasArcobaleno però ci sono state anche due giornate estemporanee in cui sono stati somministrati circa 200 test HIV e 200 test sifilide in occasione del TORINO PRIDE 2019 e anche in occasione del NOVARA PRIDE 2019.

Anche nel 2019 l'Associazione ha voluto intensificare il valore sociale rispetto al valore economico cercando anche con il supporto di VOL.TO di aumentare l'accesso ai servizi dedicati alle IST, integrare la prevenzione e la gestione delle IST nei programmi rivolti all'HIV e alla salute sessuale e riproduttiva anche attraverso il sostenimento dello sviluppo di nuove tecnologie per la diagnosi delle IST.

In particolare, possiamo riassumere in questa tabella le ore di volontariato svolte per tali iniziative che non hanno alcuna manifestazione economica (Tabella 3)

Tabella 3. Quantificazione economica attività volontari

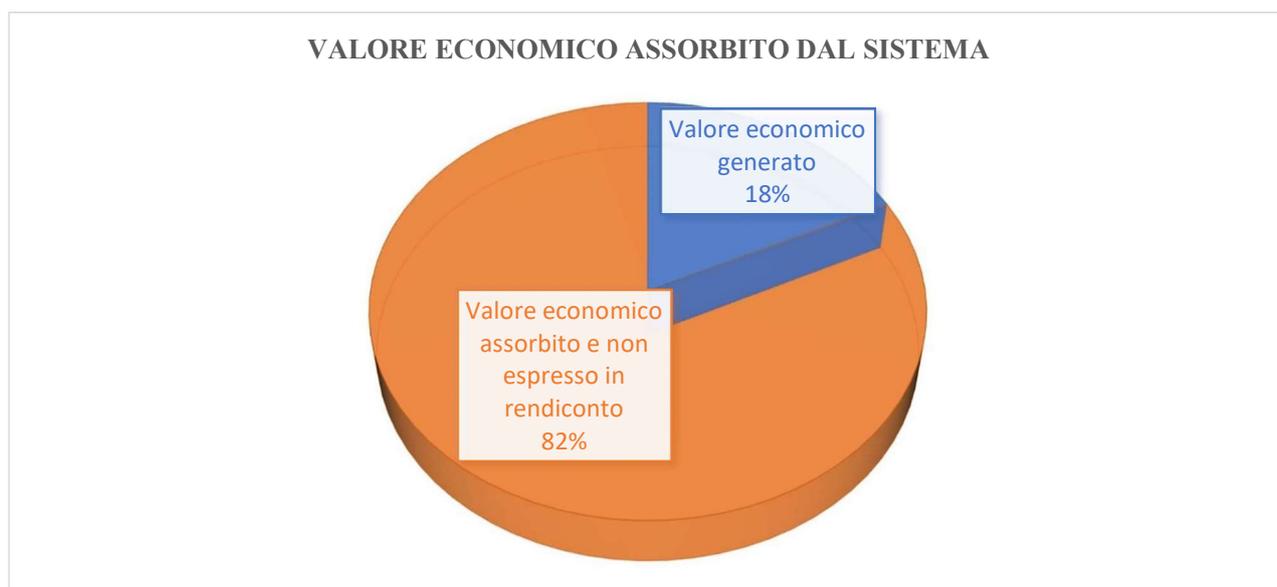
Figura coinvolta volontaria e non volontaria e tipologia	Numero di ore per attività	Numero di giornate	Valore sociale generato
3 medici in media per volta - Medici ³⁶	(7,75 prelievo sangue capillare + 18,08 visita in ambulatorio) = 20,66	4 ore cad * 20 giornate = 80	4.958,40 €
3 volontari servizio consenso e risk assessmet	€ 17,11 (5° Livello)	4 ore cad*20 giornate =80	4.106,40 €
1 studente professioni sanitarie	€ 17,11 (5° Livello)	4 ore cad*20 giornate =80	1.368,80 €
1 Coordinatore progetto e ricercatore/analista risultati	€ 18,11 (6° Livello)	4 ore cad*30 giornate =120	2.173,20
Totale		80 + 80 + 80 + 120 = 360 ore di volontariato	€ 12.606,80 che non trova rappresentazione economica e finanziaria in bilancio

³⁶ <http://www.omceoge.org/moduli/TariffarioMminimoNazionaleD.P.R.17febbraio1992.pdf>

Le attività di volontariato sono riconosciute attraverso i criteri tabellari emanati con Ministero del Lavoro, e delle Politiche Sociali Direzione Generale per il Terzo settore e della Responsabilità sociale delle imprese Divisione III Volontariato e della Responsabilità sociale delle imprese, Indirizzi di gestione progetti - Anno 2016 Allegato n. 2. Indirizzi di gestione e modelli per la gestione del ciclo del progetto – Indirizzi di Gestione Progetto 2016.

Il costo stimato nel breve termine per trattamenti sanitari diretti a un soggetto HIV positivo è pari a € 5.458³⁷, a questo si aggiunge un costo che nel 2009 in Regione Lombardia era pari a €11.700³⁸ per caso per anno. Costo ridotto nel tempo ma sempre di consistente valore. Se si stima che l'infezione da Sifilide incide di 7 volte la probabilità di contrarre l'HIV³⁹⁴⁰⁴¹, è evidente come le attività associative vadano a ridurre già solo con le attività di diagnosi della sifilide la probabilità di contrarre il virus. Pertanto, solo a livello teorico le attività annuali per i 7 casi di sifilide rilevati dai test rapidi avrebbero potuto comportare nel breve periodo una riduzione degli eventuali costi da nuove infezioni da HIV pari a € 120.106,00 nel caso in cui tutti avessero contratto il virus. Il dato ovviamente è solo una rappresentazione potenziale dell'incidenza non verificabile se non in termini statistici pertanto non verrà riportata nella tabella successiva.

Figura 10. Valorizzazione economica assorbimento sistema



³⁷ VALUTAZIONE ECONOMICA. Il costo delle infezioni HIV in età Pediatrica. ARCHIVIO QF. QF NUMERO 18 - maggio 2012. <http://www.quadernidifarmacoeconomia.com/archivio-qf/qf18/376-n18-valeco.html>

³⁸ PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA HIV/AIDS ANNO 2019. Regione Lombardia Direzione Generale Welfare.

³⁹ https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=22467

⁴⁰ Buchacz, K., Greenberg, A., Onorato, I., & Janssen, R. (2005). Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention. *Sexually Transmitted Diseases*, 32, S73-S79.

⁴¹ REGIONE PIEMONTE BU25 20/06/2019 Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2019, n. 87-8996 Presa d'atto dell'attivazione del "Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale della Città" di Torino". Indirizzi per il funzionamento. Modifica parziale D.G.R. n. 63-5467 del 4 marzo 2002.

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/25/attach/dgr_08996_1050_16052019.pdf

8. Distribuzione del valore

Per lo svolgimento della sua attività sociale, Odv Casa Arcobaleno si interfaccia continuamente con i suoi portatori di interesse: è quindi possibile calcolare la quantità di Valore Economico Creato che viene “distribuito” ad alcuni di essi:

- le risorse umane, mediante la corresponsione delle retribuzioni e di tutti gli oneri a esse correlate;
- i fornitori, remunerati a seguito dell’acquisto di prodotti e servizi necessari per la produzione dei servizi;

Tabella 4. Valore economico distribuito

	2019	2018	2017	Variazione % tra 2019 e 2018	Variazione % tra 2018 e 2017
Remunerazione dei fornitori	2.133,71	1.576,1 4	1.117,9 1		
Remunerazione del personale	0	555,00	0		
Valore economico distribuito	2.133,71	2.131.1 4	1.117,9 1	+0,12%	+90,64%

L’entità e la destinazione del Valore Economico Distribuito forniscono quindi un significativo ordine di grandezza del beneficio sociale che l’Associazione concorre a far percepire ai suoi stakeholder e al territorio. Nel 2019 esso ammonta a 2.133,71, in aumento del 0,12% rispetto al valore registrato nel 2018 (Tabella 4).

In particolare, su 2.133, 71 € la stessa Associazione ha destinato 949,55 € per i test rapidi sifilide. Inoltre, VOL.TO ha contribuito con 5.000 € al progetto grandi dimensioni che ha come scopo la copertura dei costi relativi al personale medico che si è occupato del coordinamento delle attività con l’obiettivo di offrire un servizio di testing HIV community-based in setting non clinici e in orari non convenzionali, più consoni alla comunità. Il contributo è stato erogato direttamente da Vol.TO al medico, pertanto non ha rappresentazione nel rendiconto dell’Associazione.

La differenza tra il Valore Economico Creato e quello distribuito pari a 595, 46 rappresenta il valore economico per la continuità dell’attività associativa (Tabella 5).

Tabella 5. Valore economico per continuità associativa

	2019	2018	2017	Variazione % tra 2019 e 2018	Variazione % tra 2018 e 2017
Valore economico per continuità associativa	595,46	964,85	2.821,99	-38,28	- 65,81%

Rispetto al 2018 il valore economico per la continuità associativa è diminuito del 38,28%. I costi sono rimasti sostanzialmente uguali a quelli del 2018 la differenza maggiore è generata dall'avanzo di gestione che rispetto all'esercizio precedente si è fortemente ridotto.

9. Risultati gestionali

Nel corso del 2019 l'Associazione ha raggiunto i seguenti risultati sulla base degli obiettivi prefissati a inizio anno (Tabella 6).

Tabella 6. Attività

RISULTATI DI ATTIVITA'	Complessivamente possiamo dire che i volumi delle prestazioni effettuate rispecchiano ciò che era stato definito a budget. Le giornate di somministrazione hanno superato i giorni definiti a budget anche grazie a due date aggiuntive in occasione del TORINO PRIDE e il NOVARA PRIDE.
RISULTATI SULLA QUALITÀ	Dal 2017 al 2019 i risultati sulla qualità dei servizi offerti rimangono sempre positivi e con un valore di soddisfazione molto elevato. Attraverso il questionario viene tenuta sotto controllo la percezione della qualità attraverso specifici indicatori e allo stesso tempo individua le criticità in modo tale che ci sia un miglioramento continuo. In generale, le persone che hanno compilato il questionario si ritengono soddisfatti del servizio offerto, grazie alla possibilità di effettuare il test in orari non convenzionali e in occasioni come il TORINO PRIDE e NOVARA PRIDE. Si ritengono soddisfatti inoltre perché hanno la possibilità di fare test rapidi che ti permettono di avere il risultato in breve tempo e allo stesso tempo hanno la possibilità di effettuare il test in strutture

come le associazioni che possono mettere maggiormente a proprio agio.

9. Risultati di produzione

Tabella 7. Risultati di produzione

	EFFETTIVAMENTE REALIZZATE 2018	EFFETTIVE REALIZZATE 2019	SCOSTAMENTO TRA 2018 E 2019	PIANO 2019
N TEST HIV	300	315	5%	300
N TEST SIFILIDE SOMMINISTRATI	150	200	32%	200
GG DI SOMMINISTRAZIONE DEI TEST	12	20	40%	12
NUMERO DI TEST HIV REATTIVI	1	0	-100%	1,5
NUMERO DI TEST SIFILIDE REATTIVI	3	7	133,33%	0,00758 ⁴²
CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE E PREVENZIONE	1	0	-	0
MESI DI AFFISSIONE CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE	1	0	-	0
SPAZI DEDICATI ALLA CAMPAGNA DI AFFISSIONE SU TERRITORIO MUNICIPALE	220	0	-	0

La tabella sopra riportata (7) rappresenta il consuntivo dei dati legati alle prestazioni annuali definiti da Piano Annuale con scostamenti rispetto al 2018 e 2019 e dal Budget. Si rileva uno scostamento tra numero di test rapidi HIV preventivati e numero di test HIV somministrati. I dati non fanno riferimento al solo progetto finanziato da Vol.TO ma anche al progetto autofinanziato relativo ai primi sei mesi di attività del 2019. Il piano è stato predisposto a Novembre 2018. Il parametro di costo efficienza del test rapido HIV è stato definito in linea con quanto definito in letteratura, sebbene non siano presenti casi rilevati e risulta una diminuzione dei rilevati anche a livello regionale. Nel 2019 risulta efficiente la somministrazione dei test sifilide con una rilevazione dei casi potenziali e una

⁴² 173 casi su 4376 milioni di abitanti, considerando che tutti avevano accesso al test, pertanto percentuale calcolata su numero di residenti e non su numero di soggetti testati, dato non disponibile <https://www.seremi.it/sites/default/files/Notifiche%20Malattie%20Infettive%20Piemonte%202018%20ed.%202019.pdf>

ricaduta potenziale su eventuali nuovi casi di HIV. Risulta evidente sia rispetto ai parametri percentuali del Piano sia rispetto all'anno precedente un'incidenza maggiore rilevata durante le date di somministrazione del test presso il Pride. La provincia di Novara inoltre risulta con una maggiore incidenza di positività rispetto al campione Torinese.

10. Risultati di qualità

Tra il 2017 e il 2018 e il 2019 il gradimento espresso sul servizio di somministrazione test HIV e sifilide è interessante perché rappresenta una situazione pressoché invariata legata alla qualità del servizio. Non sono presenti variazioni significative nonostante l'offerta dei test sia aumentata in altri setting (Torino e Novara Pride 2019 e Associazione Arco Sauna Club 011).

DOMANDA A) *Ritieni che il servizio che ti è stato appena offerto sia utile nell'affiancare il servizio offerto dagli Enti Pubblici (test del sangue - Elisa)?* (Valori possibili da 1 - poco efficace a 10 molto efficace)

Tabella 8 Risultati media domanda A

Media 2017/2018	Media 2019
9,81	9,60

DOMANDA B) *Ritieni che il servizio che ti è stato appena offerto sia utile nell'affiancare il servizio offerto dagli Enti Pubblici (sportello di informazione sulle malattie sessualmente trasmissibili)?* (Valori possibili da 1 - poco efficace a 10 molto efficace)

Tabella 9. Risultati medi domanda B

Media 2017/2018	Media 2019
9,76	9,45

DOMANDA C) *Ritieni che il servizio che ti è stato appena offerto abbia un livello professionale/medico adeguato?* (Valori possibili da 1 - poco efficace a 10 molto efficace)

Tabella 10. Risultati medi domanda C

Media 2017/2018	Media 2019
9,76	9,46

DOMANDA D) *Ritieni che le informazioni fornite dai volontari (assistenti medico) siano state di facile comprensione e complete?* (Valori possibili da 1 - poco efficace a 10 molto efficace)

Tabella 11. Risultati medi domanda D

Media 2017/2018	Media 2019

9,79	9,63
------	------

DOMANDA E) *Ritieni che il servizio che ti è stato appena offerto riesca a raggiungere e garantire la*

presenza di tutti quegli utenti che non possono fare il test in orario di lavoro? (Valori possibili da 1 – poco efficace a 10 molto efficace)

Tabella 12. Risultati medi domanda D

Media 2017/2018	Media 2019
9,54	9,49

DOMANDA F) *Quanto pensi un servizio basato sulle associazioni, con la presenza di personale sanitario qualificato, possa essere sicuro per l'utenza/cittadino? (Valori possibili da 1 - poco efficace a 10 molto efficace)*

Tabella 13. Risultati medi domanda F

Media 2017/2018	Media 2019
9,75	9,27

DOMANDA G) *Pensi che se il test salivare fosse offerto regolarmente lo ripeteresti periodicamente?*

(Valori 1 Si 2 No)

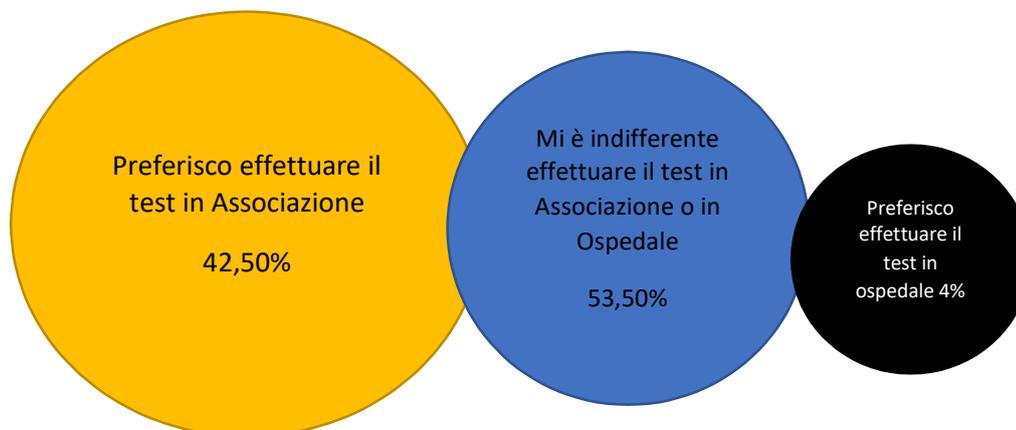
Risultato Medio: SI (tutti gli utenti hanno risposto di si)

Tabella 14. Risultati domanda G

Media 2017/2018	Media 2019
1 si	1 si

Partendo dal questionario di risk assessment volto a valutare il comportamento degli utenti si evince che: dei soggetti afferenti al test il 42,5% preferisce la modalità offerta dall'Associazione, il 53,50% trova indifferente la scelta di effettuare il test tra ospedale e Associazione e solo il 4% preferisce l'offerta del test presso struttura ospedaliera (Figura 11).

Figura 11. Rappresentazione Preferenze



11. Terza parte - Relazione Sociale

11. 1. Progetto Sanarcobaleno

Bisogni/problemi affrontati nel progetto

La diagnosi tardiva dell'infezione da HIV rappresenta uno dei principali ostacoli sulla via del controllo di questa infezione nel nostro paese così come a livello globale. Questo fenomeno determina infatti diverse conseguenze negative. In primo luogo, per la persona con HIV diagnosticata tardivamente il rischio è che il sistema immunitario sia già compromesso e se non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale avrà una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico. In secondo luogo, più è lungo il tempo fra il contagio e la diagnosi, più aumenta il rischio di trasmettere inconsapevolmente l'infezione ad altre persone. È stato, infatti, dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono, in parte o completamente, i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta informati del loro stato. Questo per due motivi: non solo chi è sieropositivo può mettere in atto misure preventive (usando i profilattici), ma la terapia con antiretrovirali se messa in atto tempestivamente, riduce la capacità di contagio del virus. Inoltre, vi sono evidenze di un'efficacia di interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV nota. Infatti, una persona consapevole del proprio stato sierologico che assume una terapia efficace ha un rischio moltoridotto di trasmettere l'infezione agli altri. Dati di programmi di sorveglianza sull'incidenza di nuove infezioni in paesi, sia occidentali che in via di sviluppo, hanno mostrato una tendenza alla riduzione delle infezioni proporzionale all'incremento delle diagnosi e di trattamento dell'infezione. Nel nostro paese tuttavia i dati disponibili sembrano indicare che non esiste alcuna tendenza alla riduzione del numero delle nuove infezioni e suggeriscono che alcuni settori della popolazione, come gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini e coloro che assumono sostanze stupefacenti, continuano ad essere particolarmente colpiti dal contagio.

Secondo stime del CDC, le nuove infezioni per via sessuale potrebbero essere ridotte del 30% ogni anno se tutte le persone con infezione conoscessero il loro stato sierologico. Nel nostro paese si stima che circa 150.000 persone abbiano contratto l'infezione da HIV e circa 1 su 4 sia inconsapevole dell'infezione. Inoltre, ogni anno si verificano intorno a 4.000 nuovi casi (Bert et al., 2018,2018a; Biancone et al., 2018). Le strategie di offerta dei test rapidi sono state sviluppate, di conseguenza, sia

Published by Odv Casa Arcobaleno

per fornire assistenza e cura a queste persone, sia per ridurre il rischio di trasmissione a nuovi soggetti. Molte persone si sentono nervose all'idea di sottoporsi al test, ma i motivi per farlo superano di gran lunga le ragioni per non farlo. Ma bisogna pensare che fare il test per l'HIV periodicamente è una buona abitudine per tutte le persone sessualmente attive, per vivere in modo più sereno le proprie relazioni. I timori e le paure della popolazione possono essere ridimensionati se in una sola visita si effettua il test e si fornisce sia il risultato sia un counseling appropriato. Inoltre la Legge 135 del giugno 1990 garantisce che il test sia effettuato solo con il consenso della persona questo perché oltre ad essere un diritto per il soggetto ha lo scopo anche di facilitare la relazione medico-paziente. Il 'miglioramento' del test rappresentato dalla possibilità di avere contestualmente il suo risultato ha l'obiettivo di aumentare le possibilità di screening, identificare le persone sieropositive e fornire loro un counseling adeguato per fornire una assistenza medica appropriata e ridurre la trasmissione di HIV. Sia la rapidità del test che permette di fornirne subito il risultato, sia la disponibilità dei materiali sui quali il test viene eseguito (saliva o goccia di sangue prelevata da un dito), sono importanti per approcciare le persone, per ottenere il consenso al test, indirizzarle al trattamento se necessario e invitarle alla notifica della loro condizione ai partner. La rilevazione dell'infezione acuta rimane un problema clinico e di laboratorio. Oggi viene effettuata mediante la detezione degli acidi nucleici seguita dalla rilevazione degli anticorpi con ELISA di ultima generazione che rileva precocemente sia anticorpi che componenti del virus. La sensibilità e l'efficienza dei test rapidi nella infezione acuta è stata valutata in uno studio del CDC comparandola all'amplificazione degli acidi nucleici e a ELISA di 3° e 4° generazione. Quando era in atto una sieroconversione, i test rapidi sono stati in grado di rilevare una infezione acuta solo nel 22-33% dei campioni, rispetto al 55-57% dei saggi di 3° generazione e all'86-88% dei saggi di 4° generazione. Ciò indica che lo screening mediante ricerca degli acidi nucleici rimane fondamentale per la diagnosi di infezione acuta. Un ulteriore studio del CDC ha comparato l'uso del test rapido all'impiego ripetuto di ELISA a intervalli successivi all'eventuale trasmissione in 3 setting diversi (una clinica di malattie sessualmente trasmesse, un ambulatorio per uomini che fanno sesso con uomini e un ambulatorio di screening e counseling dell'infezione da HIV) valutando i costi e i benefici dell'intervento dal punto di vista sociale. Le variabili considerate includevano le frequenze di casi di infezione acuta, la frequenza dell'uso del test ELISA e i costi. L'analisi ha indicato che lo screening dell'infezione acuta mediante pool di acidi nucleici seguita da saggi ELISA o test rapidi ha vantaggi in termini di costi solo nei setting dove l'incidenza dell'infezione è molto elevata.

Il ritardo di diagnosi dell'infezione da HIV appare almeno in parte CORRELATO A BARRIERE DI ACCESSO AL TEST CHE RIGUARDANO ALCUNI SEGMENTI DELLA POPOLAZIONE.

Nel 2016, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rilancia la programmazione della lotta alla diffusione delle IST approvando il documento Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021, adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2016. Il Piano, in specifico, identifica 5 direzioni strategiche verso le quali spinge i Paesi a impegnarsi:

- rafforzare i sistemi di sorveglianza, in particolare il monitoraggio dei microrganismi multi-resistenti, in particolare per la Neisseria gonorrea;
- promuovere interventi efficaci di prevenzione delle IST, nello specifico per popolazioni a più alto rischio;
- aumentare l'accesso ai servizi dedicati alle IST e integrare la prevenzione e la gestione delle IST nei programmi rivolti all'HIV e alla salute sessuale e riproduttiva;
- potenziare i finanziamenti per i servizi e la qualità dei professionisti dedicati;
- sostenere lo sviluppo di nuove tecnologie per la diagnosi delle IST.

Published by Odv Casa Arcobaleno

Per contrastare il fenomeno della diagnosi tardiva dell'infezione da HIV una iniziativa importante è quella incentrata sull'offerta di test per HIV in contesti diversi da servizi tradizionalmente deputati a questa attività ed in Europa esistono importanti esperienze che dimostrano la potenziale efficacia di queste iniziative (www.cobatest.org). In quattro progetti appena abbiamo valutato l'accettabilità del test salivare e per goccia di sangue per HIV in contesto associativo e ne abbiamo analizzato l'efficacia in termini di nuove infezioni identificate e persone giunte alle cure (Circa due reattività confermate ogni 150 utenti, secondo dati di efficacia – efficienza dei test dello Spallanzani di Roma e dell'Istituto Superiore di Sanità il rapporto è 1 ogni 200 utenti). A tutti i soggetti maggiorenni afferenti ai luoghi di svolgimento selezionati nel periodo in studio è stato proposto di sottoporsi volontariamente al test per HIV a risposta rapida su un campione di fluido orale o per goccia di sangue. Le persone con test reattivo sono state inviate con un percorso facilitato presso il Centro di Cura di riferimento (Reparto malattie infettive dell'Amedeo di Savoia ASL TO 2 – Dott. Dal Conte Ivan) per l'effettuazione del test di conferma e per il follow up clinico. Nei tre progetti abbiamo effettuato 600 test, dato elevatissimo verso la popolazione LGBT individuando 6 casi reattivi confermati attraverso test amatici e conta CD4. I progetti hanno documentato l'elevata capacità della nostra Associazione di garantire l'accesso al test ed il collegamento con i centri clinici. Il progetto si colloca tra gli Obiettivi stabiliti a Livello della Regione Piemonte- Piano di Prevenzione 2014 - 2018, M09 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie Obiettivi Centrali 9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata, obiettivi specifici regionali Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive quali tubercolosi e infezioni da HIV e IST. Piano Sanitario Nazionale 2014 – 2018 2.9. Riduzione la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie – “INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE; HIV, AIDS” Neisseria Gonorrea 2,2% negli uomini, nel 2011 la metà dei casi (56%), di nuove diagnosi da HIV era già in AIDS, evidenziando un ritardo nella diagnosi.

L'ultimo progetto realizzato secondo quanto pubblicato da Tradori, V., Biancone, P., Cardaci, A., & Brescia, V. (2017). Legislazione, politiche e organizzazione di centri community based di diagnosi e prevenzione dell'HIV nella Regione Piemonte. *Sanità Pubblica E Privata*, 4, 37-51; ha visto la definizione di un progetto di prevenzione ha definito e confermato che le linee guida della Regione Piemonte in tema di somministrazione del test HIV a risposta rapida definito da “Offerta del test HIV in Piemonte, Direzione Sanità Regione Piemonte, prot. 24314A1409A del 30 novembre 2016” è efficace e ha una ricaduta in termini organizzativa, diagnostici e di efficacia. Inoltre per la prima volta si parla di soggetti con comportamento a rischio definendone le caratteristiche attraverso la valutazione statistica condotta. Il progetto fornisce continuità agli studi già effettuati.

Obiettivi del progetto

Il progetto intende contribuire a diminuire la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV e favorire un rapido indirizzamento al trattamento e per la prevenzione dell'HIV raggiungendo un'ampia fascia di popolazione mediante un servizio di testing HIV community-based in setting non clinici e in orari non convenzionali, più consoni alla comunità. La strategia community-based che viene raccomandata dall'OMS per tutte le popolazioni chiave, inclusi i maschi che fanno sesso con maschi (MSM), si riferisce alla promozione e offerta attiva del test HIV, collegata ad un referral immediato per il trattamento in caso di esito positivo, ma gestita direttamente da operatori alla pari provenienti dalla comunità, anche operatori non clinici ma appositamente formati.

Coerentemente con le priorità che l'Associazione si è data, il presente progetto intende rappresentare un pilota di servizio fisso di testing HIV community-based in collaborazione con le istituzioni

sanitarie locali, avente l'obiettivo di spostare l'offerta di test in un setting non clinico e in orari non convenzionali, più consoni alla comunità.

Il presente progetto prevede, dunque, la strutturazione di uno sportello sociosanitario non permanente di community-based, in grado di favorire l'accesso alla diagnosi precoce dell'HIV per le popolazioni chiave più vulnerabili, come MSM, che potrebbero non cercare attivamente i servizi di test e counselling HIV all'interno del sistema di assistenza sanitaria ufficiale o trovare ostacoli nel farlo. Lo sportello sociosanitario è una struttura dedicata al test rapido per promuovere e sensibilizzare all'utilizzo del test HIV in modo anonimo. Questo tipo di servizio è già presente in forma stabile in altre città europee come Barcellona, Lisbona, Atene, Belgrado e, in Italia, a Bologna ma in maniera permanente in collaborazione con le Istituzioni pubbliche. Lo sportello che verrà attivato oltre ad essere un luogo dove si effettuano i test in modo gratuito diventerà anche un luogo di incontro, di informazione e documentazione sulle tematiche riguardanti HIV e AIDS e di altre malattie a trasmissione sessuale.

Gli obiettivi generali delle attività di counselling e test volontari community-based offerte dal saranno di:

- aumentare l'accesso al test HIV ed altre IST tra gli MSM;
- facilitare l'accesso al test e counselling HIV per gli MSM;
- aumentare il numero (la percentuale) di individui con HIV consci del loro status sierologico;
- ridurre la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV tra gli MSM;

Questi obiettivi verranno raggiunti con servizi di elevata qualità, in grado di assicurare l'aderenza agli standard qualitativi internazionali o nazionali e il raggiungimento di un'ampia copertura per questa popolazione chiave più vulnerabile cui sono destinati i servizi. Gli elevati standard qualitativi a cui tenderanno i progetti pilota di servizio di testing HIV community-based, comprendono:

- l'offerta di counselling pre-test a tutti gli individui che cercano counselling e/o il test presso Casa Arcobaleno (Via Lanino 3/a Torino);
- la garanzia che un'alta percentuale di individui sottoposti al test presso Casa Arcobaleno ne ricevano l'esito;
- l'offerta di counselling post-test a un'alta percentuale di individui risultati HIV positivi presso Casa Arcobaleno;
- l'offerta di counselling post-test a un'alta percentuale di individui risultati HIV negativi presso Casa Arcobaleno
- l'offerta di counselling pre-test a tutti gli individui che cercano counselling e/o il test presso mezzo mobile in serate spot di aggregazione del territorio Torinese.
- l'offerta di counselling post-test a un'alta percentuale di individui risultati positivi al test rapido per la SIFILIDE presso Casa Arcobaleno;
- l'offerta di counselling post-test a un'alta percentuale di individui risultati negativi al test per la SIFILIDE presso Casa Arcobaleno

Published by Odv Casa Arcobaleno

- l'offerta di counselling svolto da personale medico e volontari formati da personale sanitario presso la sede dell'Associazione con possibilità di consulto e orientamento a centri specializzati per altre patologie o problematiche cliniche relative a IST.

Il progetto non prevede costi per la struttura (affitto di locali) in quanto verrà svolto completamente presso i locali dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno.

Visti gli obiettivi della Odv Casa Arcobaleno oltre all'offerta dei test presso la sede dell'Associazione sono stati effettuati i test anche in due date estemporanee in occasione del TORINO PRIDE il 15 giugno 2019 e il NOVARA PRIDE il 14 settembre 2019.

Destinatari del progetto (individuazione della tipologia e del numero dei destinatari del progetto)

Il progetto intende raggiungere una ampia fascia di popolazione appartenente alla comunità LGBT della regione Piemonte, inclusi gli MSM. Il numero di fruitori del servizio sarà comunque più ampio. Nei tre progetti pilota nazionali, infatti, abbiamo verificato una forte tendenza all'uso del servizio anche da parte di persone non appartenenti alla comunità LGBT, quali migranti, ma anche persone eterosessuali che non utilizzano il contesto ospedaliero. Nei precedenti test il numero di persone che hanno partecipato al piano di test che non si erano mai testati in precedenza è stato elevato. Questo è un dato che fa comprendere come i test community-based siano di fondamentale importanza. I principali beneficiari di questo progetto sono rappresentati, quindi, dai gruppi di popolazione vulnerabili e/o con difficoltà di accesso al test per HIV. Basandoci sulle precedenti esperienze, siamo certi che nei 9 mesi di svolgimento del progetto il numero di persone che verranno testate potrebbe variare dalle 150 alle 300 persone.

Risultati raggiunti

Concretamente, il progetto contribuirà a:

- aumentare il numero (la percentuale) di individui che vivono con HIV consci del loro status sierologico;
- ridurre la percentuale di diagnosi tardive dell'HIV;
- ridurre la percentuale di persone che vivono con HIV non iscritte a un programma di trattamento e assistenza.
- incrementare il numero di MSM e non che ricevono il corretto orientamento verso servizi sanitari specifici in seguito a potenziali casi di IST e problematiche socioculturali correlate
- incrementare la conoscenza scientifica con una pubblicazione relativa ai risultati del progetto

In breve Figura 12 rappresenta risultati raggiunti



Published by Odv Casa Arcobaleno

I soggetti che hanno ricevuto il servizio hanno le seguenti caratteristiche: genere 68% uomini, 31,5% donne, 0,5% trans. il 14,07% stranieri rispetto all'85,93% di soggetti italiani testati. l'orientamento sessuale dichiarato e' pari al 31% eterosessuali, 46% omosessuali, 2,5% queer, 17% bisessuali, 3,5% altro orientamento. il 60% degli intervistati si era già testato rispetto al 40% che hanno effettuato per la prima volta un test hiv e sifilide nella loro vita. chi si era già testato per l'85,83% si era testo nell'ultimo triennio, il 30,83% nel 2018 e il 40% nel 2109 si era sottoposto almeno una volta al test. il 10,5% negli ultimi 12 mesi ha avuto una mst.

Nel 42,5% dei casi i soggetti preferiscono la modalità di offerta del test in community based asset, il 4% preferisce l'ospedale per i restanti è indifferente.

Il 70,83% dei soggetti dichiara di non aver mai evitato di far sesso con una persona hiv+, rispetto al 4,69% che dichiara di aver evitato almeno una volta mentre la restante parte non sapeva la situazione sierologica dei partners.

i test somministrati non hanno individuato soggetti hiv positivi, mentre è stata individuata una percentuale del 4,38% di soggetti con sifilide. i dati sono in linea con i dati epidemiologici comunicateci dal seremi regione piemonte.

11.2 Adesione progetto di formazione di un Community Advisory Board all'interno dello Studio di Coorte ICONA/Fondazione Icona.

Che cos'è ICONA?

Lo studio ICONA è nato nel 1997 come studio osservazionale condotto su una coorte di persone HIV-positivi in Italia. Oggi la casistica di Icona è costituita da oltre 15.000 persone HIV-positivi: l'unico criterio per entrare a far parte dello Studio è quello di non avere mai assunto farmaci antiretrovirali (naïve) per poi essere seguiti nel tempo attraverso la raccolta e il monitoraggio di molti parametri, sia clinici (la maggior parte) sia di altro ordine (ad esempio, sociodemografici, patient related outcomes, ecc.). Vengono raccolti anche campioni biologici, ossia la cosiddetta bio-banca, 'fisicamente posta all'INMI L Spallanzani.

L'insieme di questi valori costituisce il cosiddetto "database" di ICONA, sul quale si effettuano le analisi che vengono proposte a convegno scientifici e riviste.

Molti centri italiani arruolano in ICONA un numero di pazienti/anno ritenuto idoneo al mantenimento "vivo" della coorte: tutto ciò consente di fornire delle fotografie verosimili delle persone con HIV in Italia.

(Per approfondimenti: http://www.fondazioneicona.org/_new2/index.php).

Come funziona ICONA?

Lo studio ICONA è legalmente innestato all'interno di una Fondazione Scientifica. Da questa scelta conseguono vari organismi direttivi e organizzativi (Rif.: sito web). Un paziente naïve arruolato ogni 3 o 4 mesi "condivide" con ICONA i valori dei suoi esami e gli altri parametri. Il cuore pulsante dello Studio è il cosiddetto CSO (Comitato Scientifico Organizzativo), che riunisce molti medici infettivologi italiani e statistici. Il CSO opera consultandosi in teleconferenza circa una volta al mese per un paio d'ore, e qualche volta

si riunisce 'fisicamente' durante le principali conferenze (CROI, ICAR, ...).

Che cos'è un Community Advisory Board (CAB)?

Perché un CAB in ICONA?

Per contribuire a fornire spunti e idee per compiere ricerche e analisi innovative, utili alla comunità del mondo AIDS. È opportuno in questa sede specificare che lo Studio ICONA è già approvato da tutti i comitati etici dei centri clinici in cui è presente e, inoltre, non è uno studio interventistico. In conseguenza, si esclude un ruolo di monitoraggio di criteri etici, tipico invece dei CAB negli Studi Clinici arruolativi.

Come opererà il CAB?

Principalmente attraverso teleconferenze. Si immagina, inoltre, un gruppo di lavoro misto tra membri del CSO e membri del CAB che operi attraverso un ordine del giorno prestabilito. Allo scopo, un coordinatore dei lavori potrà essere d'aiuto. Metodo di lavoro e compiti saranno da approfondire/specificare.

L'Associazione Odv Casa Arcobaleno ha formato un futuro volontario che svilupperà le attività del CAB in rappresentanza dell'Associazione e della comunità locale di interesse.

12. Validazione professionale di processo

Il Bilancio Sociale 2019 dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno è esito di un processo interno finalizzato all'implementazione di un sistema innovativo di comunicazione relazionale attuato mediante l'auto-organizzazione di processo, l'analisi del sistema di *governance*, l'individuazione dei relativi stakeholder, la trasparenza dei risultati di gestione in chiave di responsabilità sociale.

La verifica del processo di realizzazione del bilancio sociale è stata effettuata mediante un costante confronto professionale finalizzato al giudizio di conformità ai seguenti requisiti di correttezza procedurale riferiti al ciclo di Amministrazione Razionale (Tabella 15)

Tabella 15. Criteri validazione di processo

Pianificazione	Gestione	Controllo	Implementazione
Chiarezza	Accuratezza	Coerenza	Esistenza
Razionalità	Compiutezza	Conformità	
Completezza	Precisione e logicità	Neutralità	
Conformità	Effettività	Completezza	
Ragionevolezza	Integrazione	Rispondenza	
	Completezza	Trasparenza	
	Adeguatezza	Condivisione	

Il Gruppo di validazione ha seguito ciascuna fase operativa utilizzando il confronto dialettico nelle scelte metodologiche e nella verifica gestionale nonché la collaborazione professionale nell'ideazione di idonei strumenti di rilevazione e di analisi dei processi gestionali.

Con la presente edizione del bilancio sociale di Odv Casa Arcobaleno, in linea coi principi operativi del Metodo Piemonte, ha reso più efficace, sulla base dei questionari, il sistema di valutazione fondato sul dialogo/confronto con gli stakeholder, nonché più ampia e trasparente la rappresentazione dei risultati gestionali, grazie al potenziamento del sistema degli indicatori e all'introduzione di un ciclo di monitoraggio degli obiettivi. Innovato altresì il sistema di rappresentazione del rendiconto economico, espresso nelle sue diverse accezioni di valore creato, distribuito, e trattenuto cui si aggiunge la dimensione del valore sociale.

Le valutazioni effettuate riconducono quindi il nostro giudizio a un ambito di qualità di processo evoluta e orientata al miglioramento continuo, a partire dal prospettato ricorso a ulteriori indicatori atti ad esprimere, in ottica di report integrato, il valore del capitale umano, relazionale e strutturale su cui si fonda l'organizzazione.

In aderenza alle verifiche di processo attuate, riteniamo che, nel suo complesso, il Bilancio Sociale 2019 dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno sia stato realizzato in modo coerente con gli assunti dichiarati nella Nota metodologica, sia esito di processi gestionali adeguati, e risulti conforme ai principi metodologici ritenuti necessari a un giudizio positivo di validità di processo.

Per la verifica dell'applicazione del Metodo Piemonte in materia di Bilancio Sociale secondo le linee guida e indicazioni dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Ivrea - Pinerolo - Torino:

Alessandro Aiassa

Daniel Iannaci

Alessio Chiampi

Bibliografia:

<http://www.gruppobilanciosociale.org/pubblicazioni/standard-gbs-2013-principi-di-redazione-del-bilancio-sociale/>

Elaborato CSR Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ivrea, Pinerolo, Torino del 27/10/2016.

https://www.to.camcom.it/sites/default/files/avviare-impresa/impresasociale/TSI_Abstract_Linee_Guida.pdf

RAPPORTO SDGs 2019, Informazioni Statistiche per l'Agenda 2030 Italia. SBN 978-88-458-1979-7© 2019 Istituto nazionale di statistica Via Cesare Balbo, 16 – Roma.
https://www.istat.it/it/files/2019/04/SDGs_2019.pdf

Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 emanato a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. Pubblicato in GU Serie Generale n.179 del 02-08-2017 - Suppl. Ordinario n. 43) entrato in vigore il 03/08/2017 e aggiornato con le modifiche apportate dal Dlgs correttivo 105/2018

<http://www.omceoge.org/moduli/TariffarioMminimoNazionaleD.P.R.17febbraio1992.pdf>

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE
AFFETTO DA MALATTIA HIV/AIDS ANNO 2019. Regione Lombardia Direzione Generale
Welfare.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=22467

Buchacz, K., Greenberg, A., Onorato, I., & Janssen, R. (2005). Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implications for HIV prevention. *Sexually Transmitted Diseases*, 32, S73-S79.

REGIONE PIEMONTE BU25 20/06/2019 Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2019, n. 87-8996 Presa d'atto dell'attivazione del "Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale della Città di Torino". Indirizzi per il funzionamento. Modifica parziale D.G.R. n. 63-5467 del 4 marzo 2002. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/25/attach/dgr_08996_1050_1605_2019.pdf

<https://www.accademiaaidea.it/journal-rating-riviste-internazionali/>

<https://www.anvur.it/attivita/vqr/vqr-2011-2014/gev/area-13-scienze-economiche-e-statistiche/>

Testing

Anno 2017

Tradori, V., Biancone, P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2017). Legislation, policies and organization of community based Centers for HIV diagnosis and prevention in Piedmont Region. *International Journal Of Management Sciences And Business Research*, 6(11), 17-27.

Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... & Siliquini, R. (2018). HIV screening in pregnant women: A systematic review of cost-effectiveness studies. *The International journal of health planning and management*, 33(1), 31-50.

Tradori, V., Biancone, P., Cardaci, A., & Brescia, V. (2017). Legislazione, politiche e organizzazione di centri community based di diagnosi e prevenzione dell'HIV nella Regione Piemonte. *Sanità Pubblica E Privata*, 4, 37-51.

Anno 2018

Biancone, P., Secinaro, S., Brescia, V., & Bert, F. (2018). Analysis of Organizational Elements in the Arrangement of HIV Rapid Tests Offer. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH IN BUSINESS & SOCIAL SCIENCES*, 8(2), 383-399.

Biancone, P., Secinaro, S., Brescia, V., & Gualano, M. R. (2018). Effectiveness Cost of HIV rapid tests in Italy and Europe. *International Journal Of Management Sciences And Business Research*, 7(3), 105-117.

Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... & Siliquini, R. (2018). Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: A systematic review. *Health Policy*, 122(5), 533-547.

Pari opportunità e orientamento ai bisogni di genere

Biancone, P., Secinaro, S., & Brescia, V. (2017). The Popular Financial Reporting and Gender Accountability, the Integrated Approach in Municipalities and Public Bodies. *AMERICAN INTERNATIONAL JOURNAL OF CONTEMPORARY RESEARCH*, 7(3), 1-11.

Anno 2019

Brescia, V., Tradori, V., Radwan, M., & Bert, F. (2019). Risk Management and Analytical Accounting Approach in Use of the HIV Rapid Tests in the Hospital: The Case of the Amedeo di Savoia. In *The Future of Risk Management, Volume I* (pp. 175-195). Palgrave Macmillan, Cham.

Brescia, V., Caratù, M., & Scaioli, G. (2019). A Community-Based Social Marketing Strategy to Prevent HIV and Fight Stigma. *International Journal of Business and Management*, 14(10).

Il fattore di impatto (impact factor o IF in inglese) è un indice sintetico, di proprietà di Thomson Reuters, che misura il numero medio le citazioni ricevute in un particolare anno da articoli pubblicati in una rivista scientifica bibliometrica (Journal) nei due anni precedenti.

L'Associazione considerando solo gli Articoli pubblicati su riviste scientifiche con IF rilevabile, presenta un IF della struttura per l'anno 2018 pari a 5,567, un IF nettamente superiore rispetto l'anno 2017 pari a 4,251. Nel 2019 l'IF non può essere identificato in quanto le pubblicazioni non sono presenti su riviste bibliometriche.

Sicuramente il valore di impatto sulla comunità scientifica, misurabile per i componenti dell'Associazione Odv Casa Arcobaleno, sta crescendo nel tempo aumentando la maturità e la capacità di sviluppo. Avere un IF elevato per la struttura vuol dire anche avere personale competente e capace di portare vera innovazione in ambito scientifico sanitario influenzando non solo sulla crescita dell'Associazione ma anche della comunità. Avere dei professionisti "accreditati" in rilevanti riviste scientifiche rappresenta un valore aggiunto che l'organizzazione possiede da diversi anni. L'Associazione condivide il proprio bagaglio di conoscenze anche attraverso i rapporti con le università e gli altri istituti di ricerca in ambiti simili.

Per quanto riguarda le riviste non bibliometriche l'Associazione può valutare le proprie pubblicazioni attraverso l'Accademia Italiana di Economia Aziendale che ha avviato, dal 2007, un progetto di classificazione delle migliori riviste scientifiche internazionali (Journal Rating AIDEA)⁴³. Il rating delle riviste prevede una classificazione da fascia A a fascia D delle riviste di settore. La fascia A rappresenta l'eccellenza e il maggiore impatto sulla comunità scientifica andando a scalare fino alla fascia D o non classificate.

Nel 2017 si contano 4 pubblicazioni di cui 2 fasce D e una fascia B. Nel 2018 si riducono le pubblicazioni a 3 ma di queste possiamo individuare due fasce D e una fascia A. Nel 2019 le pubblicazioni presenti sono 2, una su serie refertata, l'altra su rivista di fascia D.

La valutazione subisce una variazione se viene considerata la qualità della ricerca secondo i parametri Ministeriali vQR⁴⁴. Infatti, nel 2017 le 4 pubblicazioni vengono classificate 1 di fascia B, 2 di fascia D e una di fascia E. Nel 2018 una pubblicazione di fascia D, una di fascia C e una di fascia A. Nel 2019 una di fascia A.

⁴³ <https://www.accademiaaidea.it/journal-rating-riviste-internazionali/>

⁴⁴ <https://www.anvur.it/attivita/vqr/vqr-2011-2014/gev/area-13-scienze-economiche-e-statistiche/>

Procedure operative per l'attività di somministrazione test HIV-sifilide presso Casarcobaleno Torino

Massimo Scavia

Odv Casa Arcobaleno, Studente di Medicina San Luigi e Gonzaga di Torino, Università degli Studi di Torino, e-mail: Massimo.scavia@gmail.com

Abstract: L'attività di somministrazione test HIV/SIFILIDE viene svolta da personale sanitario e laico adeguatamente formato, facenti parte dell'associazione ODV Casarcobaleno. Tra gli obiettivi oltre alla diagnosi precoce mediante il test rientrano anche la prevenzione e la formazione in merito a tutte le M.S.T. con particolare attenzione al riconoscimento e alle modalità di trasmissione. L'attività ha quindi uno scopo educativo; utilizzando la prevenzione, sia legata all'aspetto sanitario mediante il test ma anche comportamentale diffondendo le condotte più sicure da adottare nell'ottica di limitare il rischio di contrarre M.S.T., come obiettivo per ridurre i contagi dalle più comuni M.S.T ma anche per portare il paziente affetto da HIV e/o SIFILIDE al riconoscimento precoce della patologia; elemento indispensabile per ottenere una cura efficace riducendo le diagnosi tardive che rappresentano la maggiore causa di riduzione della qualità della vita a seguito di eventuali comorbidità insorte e/o danni fisici progressivi dati dalla mancanza di una cura precoce. All'interno di CASARCOBALENO è stato introdotto uno sportello sociosanitario attivo ogni ultimo venerdì del mese chiamato Sportello Sanarcobaleno all'interno del quale l'utente può testarsi mantenendo l'anonimato e non essendo vincolato da alcun tipo di somma pecuniaria in quanto il servizio viene erogato in completa gratuità. In questo sportello operano medici e volontari adeguatamente formati. L'utente viene sottoposto ad un counseling che ha come obiettivo la somministrazione di un questionario di risk assesment in cui ne viene delineato il profilo di rischio. Nel questionario le domande sono mirate a evidenziare eventuali comportamenti facilitanti l'esposizione agli agenti patogeni sessualmente trasmessi con particolare attenzione al virus dell'HIV. Durante il counseling viene anche affrontato il tema relativo allo stigma verso persone sieropositive poiché tra gli obiettivi dell'attività è incluso anche l'abbattimento dello stigma verso le persone sieropositive e, la diffusione delle nozioni in merito alla virulenza di una persona in terapia antiretrovirale (ARRT) limitando l'isolamento e l'evitamento verso pratiche sessuali e/o affettive con persone HIV+.

Ad oggi sono ancora molte le persone HIV+ che vivono in uno stato di isolamento, soggette alla fobia verso la patologia alla quale viene dato un peso che coinvolge l'individuo rispetto alle aree sociali, affettive e culturali collocando la patologia ad uno status socio-economico all'interno di elementi pregiudicanti, rafforzando il pensiero giudicante e stigmatizzante e determinando un abbattimento delle aree affettive e sessuali essenziali all'uomo per una corretta costruzione del sé. L'obiettivo dello sportello è quello di utilizzare l'informazione per destrutturare tutti gli elementi culturalmente errati e stigmatizzanti verso la patologia e di evitare l'isolamento con tutte le conseguenze ad esso correlate.

Il counseling è la fase che mira a lavorare sulla prevenzione e l'educazione mediante il contatto con l'utente. Agli utenti viene anche fornito del materiale informativo e dei condom.

Si pone anche particolare attenzione alla diffusione del corretto utilizzo del condom in particolare rispetto alla conservazione, all'inserimento ed all'utilizzo in differenti contesti in cui possano essere svolte pratiche sessuali.

Al ritiro dell'esito del test l'utente può parlare con un medico e nel caso in cui risultasse reattivo al test viene indirizzato al dipartimento M.S.T. di competenza territoriale in cui si dovrà presentare con un foglio rilasciato dal medico rappresentando una via di accesso preferenziale.

Le attività non sono sempre svolte all'interno di Casarcobaleno ma anche in luoghi ricreativi in cui vengono praticate attività sessuali promiscue dove la presenza di un servizio preventivo è molto importante.

Sono state fatte anche attività durante il Torino Pride e Il Novara Pride 2019 all'interno di presidi mobili o allestimenti provvisori.

Sia nelle attività presso il circolo Andos che durante i pride, i test somministrati avevano un tempo di lettura dall'esecuzione molto più breve rispetto a quelli che vengono somministrati in Casarcobaleno dove l'utente deve attendere 20 min per ritirare il risultato. La scelta di somministrare test più rapidi è rappresentata dal contesto in cui viene svolta l'attività, essendo questi luoghi favorevoli la dispersione e limitanti la privacy è necessario adottare scelte che vadano verso la riduzione di eventuali difficoltà determinate dall'ambiente e dalla situazione.

Tutti i test somministrati sono a norma secondo le direttive Europee e la F.D.A.: la differenza tra quelli "molto rapidi" e quelli da 20 min sta nel tipo di materiale ricercato ovvero; quelli da 20min hanno la capacità di rilevare anche l'Ag (antigene) cioè il patogeno libero, permettendo così di diminuire il periodo finestra portandolo a circa 20 giorni. I test da 1 min somministrati durante le altre attività possono rilevare solo gli Ab (anticorpi) visualizzabili dopo un tempo non inferiore ai 3 mesi.

Il target principale dell'attività è rivolto alla popolazione LGBTQ e si inserisce quindi nei contesti dove avvengono eventi e/o attività che comprendano la partecipazione di persone LGBTQ.

All'interno di Casarcobaleno lo sportello è inserito nella calendarizzazione degli eventi con l'obiettivo di raggiungere sia i frequentatori di tale struttura ma, rappresenta anche un fattore di accessibilità verso tutti coloro che vogliano usufruire del servizio preferendo questa modalità rispetto a quella ospedaliera o nel caso abbiano orari incompatibili con l'accesso ospedaliero.

doi:

1. Procedure di sanificazione

VISTO IL DPCM 26 aprile 2020, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.108 del 27-4-2020

VISTO IL "Protocollo 8 condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid19 negli ambienti di lavoro" allegato 6, p.4) del DPCM 26 aprile 2020.

VISTO IL Documento tecnico del Ministero della salute 35824 DGPRE del 7/12/2015 in materia di sanificazione e utilizzo dei prodotti ad azione virucida

VISTI I RIFERIMENTI NORMATIVI PER PMC (PRESIDI MEDICO CHIRURGICI) E BIOCIDI; DPR n. 392 del 6 ottobre 1998 (1) insieme al Provvedimento del 5 febbraio 1999 (2) e il Regolamento (UE) N. 528/2012 (BPR) (3)

ATTENENDOSI ALLE DISPOSIZIONI RIPORTATE NEL Rapporto ISS COVID-19 • n. 25/2020 "Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19

Prima di cominciare l'attività di testing è obbligatorio che la struttura ove viene erogato il servizio venga sanificata ovvero vengano attuati tutti i procedimenti ed operazioni di pulizia e/o disinfezione e mantenimento della buona qualità dell'aria;

- garantire sempre un adeguato tasso di ventilazione e ricambio d'aria;
- pulire accuratamente con acqua e detersivi neutri superfici, oggetti, ecc.;
- disinfettare con prodotti adatti, registrati e autorizzati.

Un operatore si dovrà recare mezz'ora prima dell'inizio dell'attività e aprire tutte le porte/finestre, detergere le superfici attenendosi alle raccomandazioni dell'IIS indossando correttamente i DPI necessari. Prima di procedere alle operazioni di sanificazione dovrà controllare l'integrità dei prodotti utilizzati verificandone la validità dall'apertura e leggendo le specifiche tecniche sul suo utilizzo soprattutto rispetto al tempo di contatto indicato per quel prodotto.

*Tutti i prodotti utilizzati devono essere certificati secondo le norme UNI EN 14476:2013 e la UNI EN 16777:2019. Appartenenti alla categoria PT2 "Disinfettanti e alghicidi non destinati all'applicazione diretta sull'uomo o animali" usati per "la disinfezione di superfici, materiali, attrezzature e mobili non utilizzati in contatto diretto con alimenti destinati al consumo umano o animale".

Deve per quanto possibile utilizzare i prodotti contenenti principi attivi più efficaci per la superficie da sanificare, facendo riferimento alla tabella di seguito riportata (tab.1).

Tab.1 Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)

Tabella 1. Principi attivi per la disinfezione delle superfici suggeriti da Organismi nazionali e internazionali e derivanti dai PMC attualmente autorizzati

Superficie	Detergente
Superfici in pietra, metalliche o in vetro escluso il legno	Detergente neutro e disinfettante virucida - sodio ipoclorito 0,1 % o etanolo (alcol etilico) al 70% o altra concentrazione, purché sia specificato virucida
Superfici in legno	Detergente neutro e disinfettante virucida (contro i virus) a base di etanolo (70%) o ammoni quaternari (es. cloruro di benzalconio; DDAC)
Servizi	Pulizia con detergente e disinfezione con disinfettante a base di sodio ipoclorito almeno allo 0.1% sodio ipoclorito
Tessili (es. cotone, lino)	Lavaggio con acqua calda (70°C-90°C) e normale detersivo per bucato; <i>in alternativa</i> : lavaggio a bassa temperatura con candeggina o altri prodotti disinfettanti per il bucato

Dopo aver provveduto al controllo ed aver indossato i DPI l'operatore procede alla detersione - sanificazione:

- dei tavoli utilizzati per l'attività'

- dei sanitari (compresi specchi-erogatori di carta-manopole-sollevatori ecc.)
- del materiale di cancelleria come penne
- di pulsantiere
- di tastiere, mouse, postazioni pc – cornette telefoniche - stampanti
- di piani di lavoro
- delle fessure
- dei pannelli parafiato/paraschizzi se presenti
- infine, procede a detergere la pavimentazione del locale ponendo particolare attenzione a gettare in un apposito cesto lo straccio utilizzato e nel caso sia indicato effettui il risciacquo con uno straccio pulito

Nelle operazioni di pulizia, igienizzazione e disinfezione effettuate in ambienti lavorativi (ambienti non sanitari) ove non abbiano soggiornato soggetti COVID-19 positivi accertati, e finalizzate quindi alla prevenzione della diffusione dell'infezione COVID-19, i rifiuti prodotti quali ad esempio stracci, panni spugna, carta, guanti monouso, mascherine ecc., dovranno essere conferiti preferibilmente nella raccolta indifferenziata come "rifiuti urbano non differenziati (codice CER 20.03.01)". Le raccomandazioni comportamentali a scopo precauzionale per la gestione di tali rifiuti prevedono:

- utilizzare sacchi di idoneo spessore utilizzandone eventualmente due, uno dentro l'altro, se si hanno a disposizione sacchi di bassa resistenza meccanica;
- evitare di comprimere il sacco durante il confezionamento per fare uscire l'aria;
- chiudere adeguatamente i sacchi;
- utilizzare DPI monouso per il confezionamento dei rifiuti e la movimentazione dei sacchi;
- lavarsi accuratamente le mani al termine delle operazioni di pulizia e confezionamento rifiuti, anche se tali operazioni sono state eseguite con guanti.

Gli altri rifiuti prodotti nell'ambito della normale attività dell'azienda, e che sono gestiti come rifiuti speciali o speciali pericolosi, devono essere classificati e gestiti secondo le modalità previste dalle disposizioni vigenti.

Finite le procedure di sanificazione il locale può essere idoneo allo svolgimento dell'attività.

Prima dell'ingresso dell'utente successivo all'interno dell'area cui vengono somministrati i questionari e successivamente nella stanza in cui viene effettuato il test e nel caso ne avesse usufruito anche dei servizi igienici, occupati dall'utente precedente, è necessario ripetere su alcune superfici le

Facendo riferimento alla tabella di seguito riportata riassuntiva della permanenza del virus in base al tipo di superficie (tabella 2)

Tab.2 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2. Versione dell'8 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020).

Superfici	Particelle virali infettanti rilevate fino a	Particelle virali infettanti non rilevate dopo
carta da stampa e carta velina	30 minuti	3 ore
tessuto	1 giorno	2 giorni
legno	1 giorno	2 giorni
banconote	2 giorni	4 giorni
vetro	2 giorni	4 giorni
plastica	4 giorni	7 giorni
acciaio inox	4 giorni	7 giorni
mascherine chirurgiche strato interno	4 giorni	7 giorni
mascherine chirurgiche strato esterno	7 giorni	non determinato

Nella fase di allestimento dell'ambiente di lavoro è opportuno allontanare ogni tipo di oggetto non necessario allo svolgimento dell'attività dall'area operativa.

Non potranno essere somministrati cibi e/o bevande durante l'attività anche se il consumo avviene al di fuori della struttura.

Gli utenti nel caso in cui necessitassero di usufruire dei servizi igienici (in mancanza di bagni separati per operatori e utenza) devono comunicarlo ad un operatore che consegnerà la chiave e procederà in seguito ad una detersione rapida mediante nebulizzazione degli oggetti più esposti, chiudendo la stanza e monitorandone gli accessi.

Alla fine dell'attività è necessario ripetere la procedura di sanificazione iniziale detergendo i pavimenti e verificando il corretto smaltimento dei rifiuti.

I rifiuti sanitari vengono trattati come di consueto (taglienti e non taglienti) i rifiuti ordinari non devono essere lasciati nella struttura ma gettati seguendo le indicazioni sopra riportate.



VADEMECUM SULLA SANIFICAZIONE

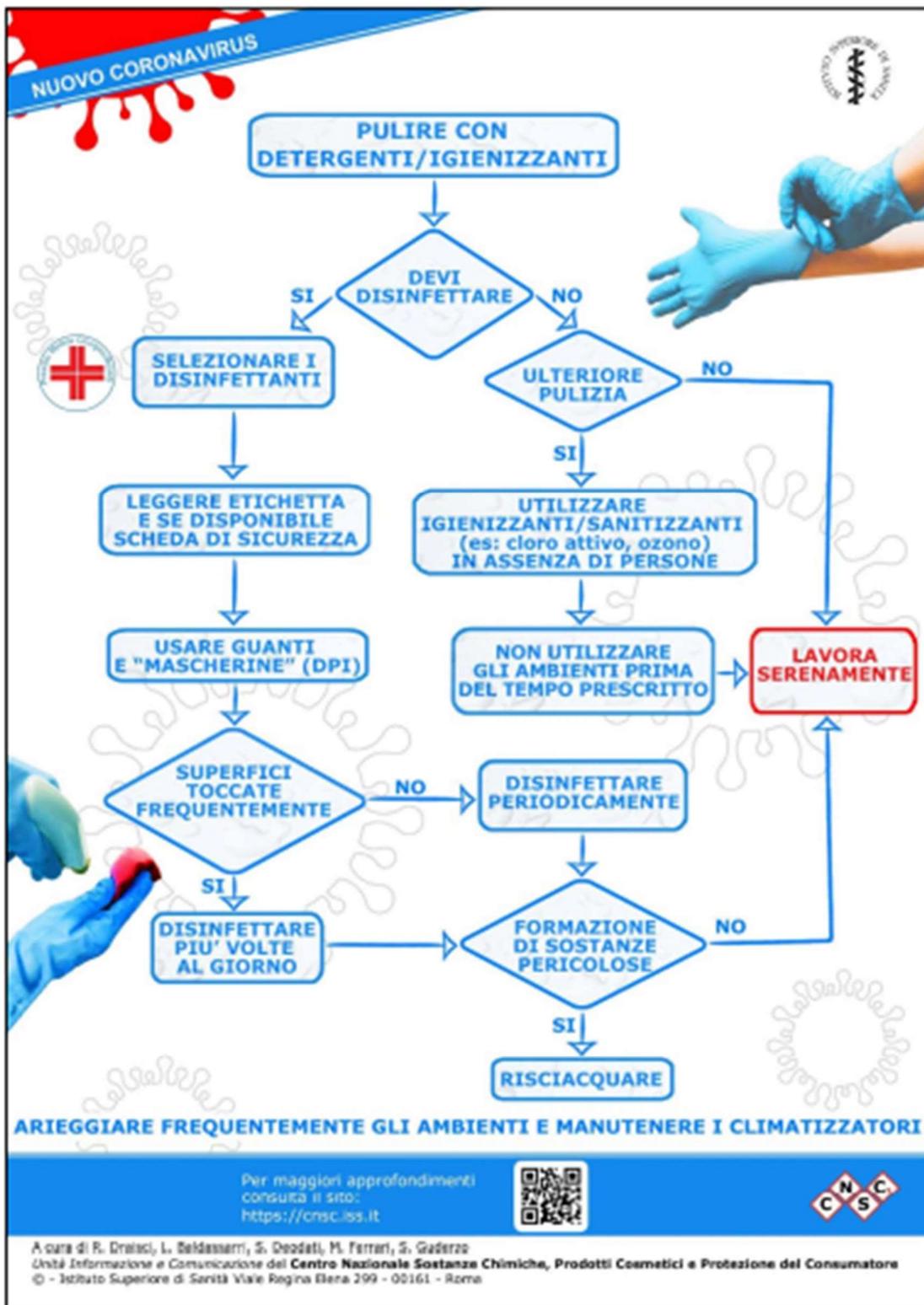
- 1 La **sanificazione** rappresenta un "complesso di procedimenti e di operazioni" di pulizia e/o di disinfezione e comprende il mantenimento della buona qualità dell'aria anche con il ricambio d'aria in tutti gli ambienti.
- 2 La "**pulizia**" è "il processo mediante il quale un deposito indesiderato viene staccato da un substrato o dall'interno di un substrato e portato in soluzione o dispersione". Per la pulizia si utilizzano prodotti detergenti (**igienizzanti**) per ambiente che rimuovono lo sporco mediante azione meccanica o fisica.
- 3 La **disinfezione** è un trattamento per abbattere la carica microbica di ambienti, superfici, materiali.
- 4 Per la disinfezione si utilizzano **prodotti disinfettanti** (biocidi o presidi medico-chirurgici) autorizzati dal Ministero della Salute. I prodotti che vantano un'azione "disinfettante" devono obbligatoriamente riportare in etichetta il numero di registrazione/autorizzazione.
- 5 I prodotti senza l'indicazione dell'autorizzazione del Ministero della Salute che riportano in etichetta diciture o indicazioni sull'attività contro ad es. germi e batteri, non sono prodotti con proprietà disinfettante dimostrata, bensì sono semplici detergenti per l'ambiente (**igienizzanti**).
- 6 I prodotti per **uso esclusivamente professionale**, sono utilizzabili a livello industriale e professionale con appositi dispositivi di protezione individuale (DPI - filtranti facciali, guanti etc). La popolazione generale può utilizzare solo prodotti che non specifichino in etichetta "**Uso Professionale**".
- 7 Gli operatori professionali (es. operatore professionale dell'impresa di sanificazione, esercizi commerciali al dettaglio, attività inerenti servizi alla persona) devono avere a disposizione la Scheda Dati di Sicurezza (SDS) nelle quali sono indicati i DPI da utilizzare.
- 8 I trattamenti mediante apparecchiature che generano *in situ* sostanze chimiche attive, come l'ozono e il cloro, sono sanizzanti, e pertanto utilizzabili come sanizzanti di ambienti, superfici e articoli, mentre il perossido di idrogeno vaporizzato o aerosolizzato è un "disinfettante" autorizzato.
- 9 Per la disinfezione di superfici dure sono disponibili prodotti disinfettanti a base di ipoclorito di sodio efficaci contro i virus da utilizzare dopo pulizia con acqua e un detergente. Per superfici che potrebbero essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, utilizzare prodotti a base di etanolo sempre dopo pulizia con acqua e un detergente. Per le superfici in legno preferire disinfettanti meno aggressivi a base di etanolo o ammoni quaternari (es. cloruro di benzalconio; DDAC). Sono disponibili ed efficaci altri disinfettanti virucidi per superfici come ad esempio i prodotti a base di perossido di idrogeno (acqua ossigenata).
- 10 Per i locali che devono essere sanificati, si consiglia di cambiare l'aria, pulire con un detergente e disinfettare le superfici ad alta frequenza di contatto, quali maniglie, porte, sedie e braccioli, ripiani di tavoli, interruttori, corrimano, rubinetti, pulsanti dell'ascensore, oggetti di varia natura, ecc.
- 11 Prima di utilizzare i prodotti leggere attentamente le istruzioni e verificare le **Indicazioni di Pericolo** e i **Consigli di Prudenza** riportati in etichetta. Non miscelare i vari prodotti, in particolare quelli contenenti candeggina o ammoniaca con altri prodotti. La sanificazione deve essere eseguita indossando adeguati DPI.
- 12 La biancheria da letto e da bagno, qualora non sia monouso, deve essere lavata, ove consentito dai tessuti, alla temperatura più elevata del ciclo di lavaggio con prodotti detergenti e additivi disinfettanti per il bucato.
- 13 Per i tessuti e l'abbigliamento prestare attenzione alla compatibilità con i diversi disinfettanti chimici o fisici. Un trattamento fisico efficace, e nel contempo compatibile con i tessuti, è il "vapore secco".



Per maggiori approfondimenti
consulta il sito:
<https://cnsc.iss.it>



SCHEMA: Procedura per la Sanificazione



2. Allestimento area operativa

VISTO IL Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 40 del 7 Aprile 2020 in materia di igiene e sanità pubblica

VISTE LE Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche e Produttive del 16/05/2020

VISTO IL DPCM 17/05/2020

VISTO L'ALLEGATO n.16 del DPCM 17/05/2020

VISTO IL Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 58 - 18 maggio 2020

Nella procedura di allestimento delle stanze ove verranno svolte le attività gli operatori che entrano per primi sono tenuti a registrarsi previa misurazione della temperatura maneggiando il termometro dopo aver indossato i guanti e riponendolo all'interno di un contenitore.

La prima azione necessaria sarà di aprire porte e finestre al fine di garantire un ricircolo di aria; è preferibile che ci siano due operatori di cui uno che si occuperà del controllo dell'area e verificherà i passaggi delle procedure riportate.

Durante ogni fase l'operatore dovrà indossare una mascherina e guanti monouso, prepara due sacchi per la raccolta dei rifiuti urbani non differenziati (codice CER 20.03.01) e ne inserisce uno dentro l'altro garantendo maggiore robustezza del sacco.

Procede ad allontanare ogni oggetto non necessario all'attività e a gettare i rifiuti all'interno del sacco facendo una rapida rimozione della polvere dal pavimento e dai tavoli.

Allestisce l'area di registrazione e rilevazione temperatura nella prima porta come descritto nello schema di seguito riportato. Nell'allestimento dopo sanificazione del tavolo si occuperà di appoggiare (dopo aver posizionato un lenzuolino monouso) il dispenser contenente una soluzione a base alcolica per la disinfezione delle mani, eventuali mascherine chirurgiche da distribuire nel caso ci fosse qualche utente sprovvisto verificando che le stesse siano all'interno di una confezione che favorisca il contatto solo con la mascherina prelevata dall'utente, una confezione di guanti monouso ed il termometro che deve essere maneggiato solo dall'operatore con guanti monouso.

Delimiterà l'area con del nastro adesivo di un colore differente rispetto a quello utilizzato per delimitare i percorsi.

Procede poi ad allestire l'area counseling disponendo due tavoli ad una distanza tale da garantire il rispetto delle misure di sicurezza (2metri), tra i due tavoli è consigliabile interporre un divisorio anche a fini di privacy. Dopo sanificazione del tavolo se possibile si occuperà di deporre medialmente al tavolo un divisorio in plexiglass e di sanificare le sedie da utilizzare.

È consigliabile disporre un dispenser con gel mani per ogni postazione di counseling.

Nell'allestimento della stanza di esecuzione test non devono esserci più di due tavoli rispettivamente uno in cui verrà effettuato il test ed un altro in cui verranno conservati fino alla comunicazione dell'esito; in entrambi i tavoli deve essere deposto un lenzuolino monouso in TNT. E' consigliabile se possibile dividere le due zone (esecuzione e comunicazione) o con un plexiglass o con del nastro colorato per far comprendere meglio all'utente il percorso in quanto una volta sanificata l'area di

esecuzione la stessa è pronta ad accogliere l'utente successivo e non deve essere occupata nuovamente dall'utente che deve ritirare l'esito.

L'area di attesa deve garantire una distanza minima di 1 metro tra un utente e l'altro; deve essere composta con sedute di plastica/metallo quali sedie. Eventuali divani non possono essere utilizzati. L'operatore dovrà quindi applicare un nastro segnaletico sul divano/poltrone in tessuto e un avviso di divieto rispetto all'utilizzo.

A questo punto si occuperà di verificare/applicare il nastro adesivo per i percorsi dividendo per colore entrata e uscita.

Il percorso di entrata prevede l'ingresso dalla prima porta, counseling e l'accesso alla stanza test mediante la porta in legno situata vicino all'area counseling. Una volta terminato il test l'utente uscirà sempre dalla medesima porta e si accomoderà nell'area di attesa. In questo momento l'area di esecuzione del test verrà sanificata e sarà pronta ad accogliere un utente successivo.

L'utente in attesa quando deve ricevere il risultato verrà chiamato e fatto entrare dalla porta confinante con il bagno ed uscirà dalla porta centrale. Per comodità si può identificare il percorso di ingresso con colore giallo e quello di uscita con colore verde (informando ogni utente di seguire scrupolosamente il tracciato e non addentrarsi in altre aree se non autorizzato).

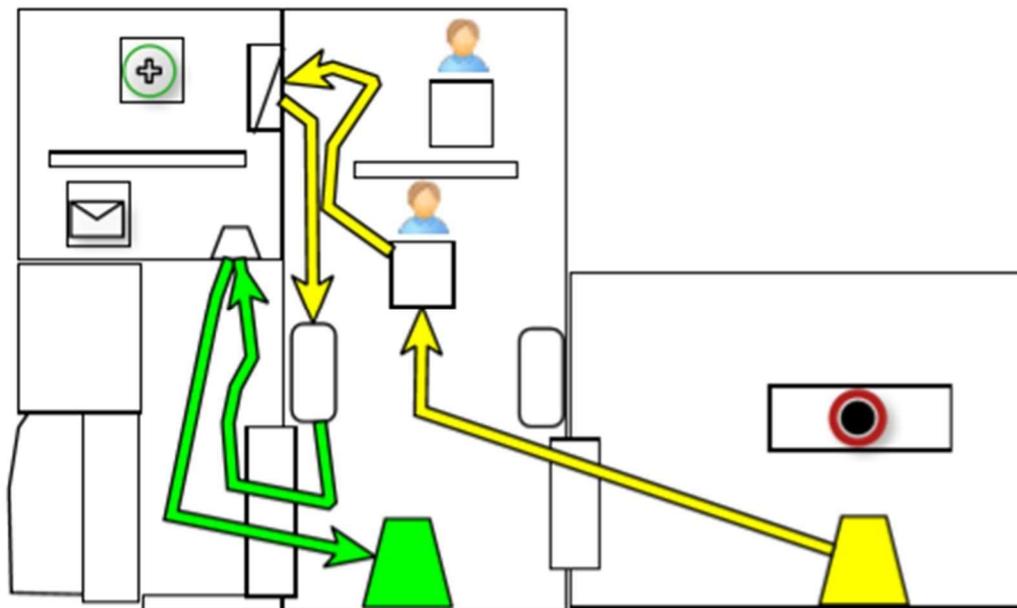
La sanificazione del WC deve essere seguita dalla chiusura dello stesso ed un operatore si occuperà di detenere la chiave informando ogni utente di rivolgersi a lui nel caso necessiti di usufruire dei servizi igienici.

L'operatore all'accoglienza sarà colui che verificherà costantemente l'uso corretto delle mascherine da parte degli utenti e nei momenti in cui è libero procede alla detersione veloce delle superfici occupate, cambiando sempre i guanti ogni volta che torna presso la sua postazione.

I percorsi devono essere ben visibili agli utenti e devono seguire la linea gialla da quando entrano a quando escono dalla stanza test; mentre la linea verde da quando vengono chiamati per la comunicazione del risultato all'uscita.

Devono essere affissi dei cartelli informativi sulle misure igieniche da seguire e nel bagno un cartello con le manovre corrette per un adeguata detersione e disinfezione delle mani. Tutto il materiale informativo deve riportare le linee guida dell'OMS o ISS.

figura 4 Schema riassuntivo dei percorsi da seguire; in giallo entrata-counseling-test in verde ritiro del risultato ed uscita



3. D.P.I. operatori e comportamenti da adottare durante lo svolgimento dell'attività

VISTO IL DPCM 26/4/2020 allegato 10

VISTO IL DPCM 26/4/2020 art.2

VISTO IL DPCM 17/5/2020

VISTO IL DPCM 26/4/2020 allegato 2 “protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro fra il Governo e le parti sociali”

VISTO IL Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev.

VISTO IL Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev.

VISTA LA PROCEDURA OPERATIVA D.P.I. (revisione 01) dell'unità di crisi Regione Piemonte, dr. Mario Raviolo

VISTA LA Circolare del Ministero della Salute n. 5443 del 22.02.2020

VISTO IL *Regolamento (UE) 2016/425* del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2016 sui dispositivi di protezione individuale

VISTO IL DECRETO LEGISLATIVO 4 dicembre 1992, n. 475

Tutti gli operatori devono indossare correttamente durante tutta la permanenza all'interno della struttura mascherine tipo KN95 o FF2 sprovviste di valvola di espirazione rilasciate a norma della direttiva 89/686/CEE.

Devono comunque essere rispettate per quanto possibile le distanze di 1 metro sia tra operatori che con l'utenza.

Published by Odv Casa Arcobaleno

Durante lo svolgimento dell'attività ogni operatore dovrà indossare dei guanti monouso rientranti nella categoria dei Dispositivi Medici di I classe ai sensi della direttiva 92/42/CE – EN455-1/2/3/4 tipo guanti medicali monouso non sterili e UNI EN 374-1/2/3 guanti contro gli agenti chimici e i microrganismi.

Sarà cura dell'operatore che allestirà l'area operative la verifica che ogni dispositivo abbia le relative certificazioni.

Per quanto riguarda il tempo di efficacia delle mascherine deve essere consultata la scheda tecnica ed attenersi ai tempi indicati; una volta superato il tempo di efficacia l'operatore dovrà gettare la mascherina in uso sostituendola con una nuova.

I guanti devono essere cambiati ogni qualvolta che si venga a contatto con una superficie non sanificata.

Gli operatori che effettuano il counseling devono verificare la presenza della barriera paraschizzi/parafuoco altrimenti devono indossare una visiera e/o occhiali protettivi

potendo garantire la distanza di un metro. La barriera deve disporre di un'apertura per il passaggio di fogli e/o documentazione varia.

Nel caso in cui vengano toccati documenti o materiale dell'utente l'operatore dovrà poi sostituire i guanti.

Nel caso in cui venga maneggiato del denaro; questo deve essere riposto all'interno di un contenitore e non utilizzato per almeno 72 ore.

L'operatore che gestisce la rilevazione della temperatura e la registrazione degli utenti se sprovvisto di visiera protettiva deve mantenere la distanza di sicurezza di 1 metro.

L'operatore che si occupa dell'esecuzione del test deve indossare i DPI precedentemente indicati con visiera e/o occhiali protettivi, inoltre è consigliato che indossi un camice monouso. I guanti dovranno essere sostituiti ad ogni utente e dovrà toccare il materiale sanificato solo con i guanti nuovi.

L'operatore che comunica i risultati deve indossare tutti i DPI elencati in precedenza ponendo particolare attenzione alla distanza di sicurezza.

*Nel caso in cui ci sia una situazione in cui l'utente necessiti di coricarsi (es. crisi sincopale/lipotimica durante il prelievo capillare) è opportuno disporre preventivamente (se in assenza di un lettino) un lenzuolino monouso da utilizzare per far distendere l'utente; questo dovrà essere cambiato dopo l'utilizzo.

*Nel caso in cui ci fosse una situazione che richieda una permanenza maggiore dell'utente come ad esempio la comunicazione di una positività al test; nell'ottica di evitare di trascurare le dinamiche psico-fisiche che possono presentarsi e quindi dovendo gestirle nella calma e riservatezza più assoluta il medico si recherà insieme all'utente reattivo al test nel locale adiacente a casarcobaleno il quale deve essere preventivamente allestito (scrivania e sedia) come nei tavoli per counseling e sanificato. Permettendo così al medico di fornire il supporto e le informazioni necessarie che l'utente necessita evitando di fermare l'esecuzione dei test successivi.

Tutti gli operatori devono conoscere le aree allestite e la disposizione dei contenitori per i rifiuti. Se non ci sono particolari indicazioni da scheda tecnica i DPI possono essere smaltiti tra i rifiuti urbani.

2.1 D.P.I. obbligatori per gli utenti

Ogni utente dovrà indossare correttamente una mascherina chirurgica e se sprovvisto deve essergli fornita in mancanza non potrà accedere alla struttura e dovrà essere invitato ad uscire.

Nel caso in cui ci fosse un utente con una mascherina FFP2/3 o KN95 dotata di valvola di espirazione l'utente dovrà indossare una mascherina chirurgica davanti alla mascherina con valvola.

Se accedesse un utente precedentemente positivo al COVID-19 e guarito (negativizzazione di due tamponi a distanza di 48/72h) lo stesso non ha obblighi di ulteriori DPI nonostante sia consigliato che lo comunichi ad un operatore.

3. Percorso utenti

ACCESSO AL SERVIZIO: Per garantire il corretto rispetto delle misure di sicurezza evitando assembramenti o il raggiungimento di capienze che non permettono il distanziamento, ogni utente deve prenotarsi e ricevere una mail di conferma la quale riporterà orario, giorno ed eventuali informazioni ricordando l'uso obbligatorio della mascherina all'interno del locale.

Non ci sono priorità particolari rispetto all'utenza; le richieste che arrivano prima vengono inserite ma viene comunque fatta una lista di contatti che vengono respinti per quella data che possono essere ricontattati a seguito di disdette.

Per la prenotazione è presente sia un accesso telefonico (linea gestita da un operatore) che di tipo informatico usando la mail dello sportello.

Le prenotazioni sono gestite da un solo operatore al fine di evitare imprevisti gestionali.

TRIAGE: Ogni utente prima di accedere alla struttura deve essere sottoposto al controllo della temperatura corporea; l'operatore incaricato di verificare la temperatura e spiegare i percorsi da seguire all'interno del locale avrà il compito di riportare il dato fornito dal termometro in un apposito registro chiedendo i dati dell'utente. Nel caso in cui l'utente non voglia fornire i dati riporta solo il valore temperatura e sulle caselle relative al nominativo scrive "non forniti".

Tutti gli utenti che presentano una temperatura $> 37,5$ °C non potranno accedere al servizio. L'operatore dovrà quindi impedirne l'accesso e verificare che la persona non rimanga nella zona adiacente al locale, fornendo le spiegazioni relative all'allontanamento e mantenendo sempre un atteggiamento comprensivo rispetto ai dubbi e alle necessità. Gli dovrà indicare di misurare nuovamente la temperatura informandolo che nel caso in cui risulti sempre $> 37,5$ °C sia raccomandabile rivolgersi al proprio MMG.

Gli utenti ammessi al servizio dovranno igienizzarsi le mani con una soluzione disinfettante accessibile all'utente posta sul tavolo in cui viene rilevata la temperatura corporea.

All'utente l'operatore dovrà spiegare i percorsi che dovrà seguire, fornire le informazioni relative all'accesso ai servizi igienici e tutto ciò che è inerente al comportamento da adottare all'interno della struttura.

Nel caso specifico all'utente dovrà essere spiegato che si dovrà attenere alle indicazioni degli operatori e seguire sempre i percorsi di colorazione gialla collocati sulla pavimentazione dall'ingresso fino a quando attenderà l'esito del test e quelli di colorazione verde da quando verrà chiamato per la comunicazione dell'esito fino all'uscita.

L'operatore gli indicherà di attendere la chiamata per il counseling nell'apposita area.

Published by Odv Casa Arcobaleno

Dovrà quindi non sostare in aree non circoscritte fatta eccezione per l'accesso ai servizi igienici o nel caso in cui venga rilevata una positività in cui il medico decide di gestire la comunicazione nel locale adiacente a casarcobaleno. Per accedere ai servizi igienici dovrà comunque essere autorizzato e consegnata la chiave che dovrà essere disinfettata alla riconsegna.

COUNCELING: l'utente verrà chiamato da un operatore, il counseling avviene senza diverse modalità tranne l'utilizzo dei DPI e la barriera divisoria. All'utente verrà fatto firmare un consenso, successivamente l'operatore compila un questionario di risk assesment.

I fogli utilizzati verranno consegnati dall'operatore che esegue il counseling all'operatore che effettua il test; i fogli non dovranno essere affidati all'utente il quale dovrà evitare per quanto possibile il contatto con il consenso.

La penna utilizzata dall'utente dovrà essere sanificata prima dell'arrivo dell'utente successivo; come anche la sedia e l'area del tavolo con cui è venuto a contatto.

Dovrà essere limitato il più possibile il passaggio di materiale cartaceo o di altro tipo. Eventuali condom distribuiti gratuitamente devono essere consegnati dall'operatore all'utente.

L'operatore che effettua il counseling dopo aver consegnato il materiale verificherà che l'area in cui effettuare il test sia libera e sanificata invitando l'utente ad entrarvi o ad attendere.

ESECUZIONE TEST: l'utente viene fatto accomodare nella stanza apposita ed il test viene effettuato come di consueto.

Il materiale tagliente utilizzato verrà smaltito nell'apposito contenitore come tutto ciò che può rappresentare un rischio biologico.

L'operatore che effettua il test dopo aver verificato che il test si sia avviato correttamente consegna all'utente un braccialetto con il suo codice e orario di ritiro e lo accompagna seguendo la linea gialla nell'area di attesa, comunicandogli che verrà chiamato dal medico per la comunicazione del risultato e che da quel momento in poi dovrà seguire il percorso segnalato su pavimentazione di colorazione verde.

ATTESA: quando l'utente attende il risultato non dovrà sedersi su divani e/o poltrone che dovranno comunque essere segnalate. Nell'area di attesa devono essere presenti flyer informativi sul COVID-19 e sulle misure igienico-sanitarie da adottare.

Se l'utente decide di uscire dovrà seguire il percorso verde uscendo dalla porta centrale e rientrando dalla stessa quando dovrà essere chiamato per il risultato.

Qualsiasi necessità dovrà essere accolta dagli operatori/medici che dovranno essere sempre a disposizione.

COMUNICAZIONE DEL RISULTATO: l'utente una volta chiamato dall'operatore verrà accompagnato nella stanza ove era stato eseguito il test ma seguendo la linea verde quindi accedendo dalla porta adiacente al bagno.

La stanza sarà divisa in due e l'area relativa alla comunicazione del risultato sarà accessibile solo da quella porta.

Published by Odv Casa Arcobaleno

Nel caso in cui subentrassero necessità che portano a dover occupare la stanza per più tempo, il medico potrà scegliere di continuare l'assistenza all'utente all'interno del locale adiacente che dovrà essere accessibile per casi eccezionali.

Nel caso in cui non sia possibile utilizzare quel locale potrà trovare una sistemazione idonea all'interno della struttura che permetta comunque di garantire la privacy e il normale svolgimento dell'attività con gli altri utenti.

USCITA: una volta ottenuto il risultato del test l'utente dovrà uscire dalla porta della stanza e seguire il tracciato verde che lo condurrà fino alla porta di uscita.

Non dovrà sostare davanti al locale e sarà cura degli operatori verificare che non si creino assembramenti all'entrata o all'uscita.

Il presente documento è stato scritto per la gestione dell'attività nel rispetto delle norme vigenti in materia di contenimento dell'epidemia da sars-cov19 con l'obiettivo di garantire la sicurezza di operatori ed utenti

TORINO, IL

IL RESPONSABILE SANITARIO

25/05/2020

IL PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE
LOCALE
ODV CASARCOBALENO

INCARICATO RSPP DEL

Bibliografia:

Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 6 ottobre 1998, n. 392. Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione ed all'immissione in commercio di presidi medicochirurgici, a norma dell'articolo 20, comma 8, della legge 15 marzo 1997, n. 59. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 266, 13/11/1998.

CDC Guidance for cleaning and disinfecting public spaces, workplaces, businesses, schools, and homes. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/pdf/Reopening_America_Guidance.pdf

WHO Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control / WASH <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-andcontrol>

Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione sanitaria: Covid-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti (Protocollo 0005443-22/02/2020-DGPRES-DGPRES-P) <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73195&parte=1%20&serie=null>

Europa. Regolamento (UE) n. 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio GU L 117 del 5.5.2017.

CDC Cleaning and Disinfection for Households Interim Recommendations for U.S. Households with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)
https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/preventgetting-sick/cleaningdisinfection.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fcleaning-disinfection.html

Linee guida per le attività economiche e produttive 16/5/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri <http://www.governo.it/la-presidenza-del-consiglio-dei-ministri>

DPCM 26/4/2020 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg>

[allegato 12](#) nel [DPCM 17 maggio 2020](#)

allegato 16 nel DPCM 17 maggio 2020 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/17/20A02717/sg>

Regione Piemonte normative <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/coronavirus-piemonte-ordinanze-circolari-disposizioni-attuative>

LEGGE 22 maggio 2020, n. 35 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/05/23/132/sg/pdf>

DPCM 26/4/2020 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg>

DPCM 17 maggio 2020 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/17/20A02717/sg>

Ministero della Salute documento dell'ISS sui DPI (Rapporto ISS COVID-19 • n. 2/2020 Rev.) https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2_+Protezioni_REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473

DECRETO LEGISLATIVO 4 dicembre 1992 n.475 https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-12-09&atto.codiceRedazionale=092G0522&elenco30giorni=false

ASL CITTA DI TORINO http://www.aslcittaditorino.it/categoria_albopretorio/delibere/

Regolamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2016 sui dispositivi di protezione individuale <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0425&from=EN>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Terzo settore e responsabilità sociale delle imprese <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/Terzo-settore-e-responsabilita-sociale-imprese/Pagine/Normativa.aspx#k=Path%3Ahttp%3A%2F%2Fauthoringlavoronew%3A1162%2Fd ocumenti-e-norme%2Fnormative%2FDocuments>

With the patronage of:



European journal of volunteering and community-based projects Vol.1, No 1; 2020

quarterly publication

ISSN: 2724-1947

<https://pkp.odvcasarcobaleno.it/index.php/ejvcbp/>

Published by Odv Casa Arcobaleno

Attività di organizzazioni per la tutela dei cittadini

Iscritta sez. Provincia di Torino Registro regionale delle Organizzazioni di Volontariato determina
150-34064 del 06/10/2014

C.F. 94570230014

Sede legale: Via Gianbattista Cacherano 14 I – Bricherasio To

Sede operativa: Casa Arcobaleno Via Lanino 3/A I – 10100 Torino To