

VALUTAZIONE DI IMPATTO SOCIALE DELLE AZIONI DI RIDUZIONE DEL DANNO E DI LIMITAZIONE DEL RISCHIO DELLA RETE CNCA

Sperimentazione e proposta



COORDINAMENTO NAZIONALE
COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA



open
impact®

Indice

Introduzione.....	pag. 4
Perché valutare l’impatto sociale delle azioni di Riduzione del danno e Limitazione del rischio.....	pag. 5
Il percorso realizzato.....	pag. 6
La metodologia e il modello implementato.....	pag. 8
Il Tool/Il processo.....	pag. 14
I risultati della sperimentazione.....	pag. 16
Una proposta ai decisori politici.....	pag. 29

"Il lavoro di prossimità è un'attività sociale per costruire contatti e una risorsa per la mediazione di comunità, svolta in un ambiente e in situazioni che l'operatore di prossimità non controlla né organizza. È mirato a persone e gruppi che altrimenti sarebbero difficili da raggiungere e che hanno bisogno di supporto."

Bjorn Andersson University of Gothenburg /GU Department of Social Work

"Ognuno ha una storia che vuole raccontare. Tutto quello che ho fatto è prendere la metafora... e trasformarla in una realtà fisica. È inaspettatamente intimo. L'elemento fisico è una parte importante dell'esperienza perché ogni volta che guardi in basso non riconosci i tuoi piedi.

Cambia il modo di camminare."

Clare Patey, artista inglese, direttrice di Empathy Museum.

Introduzione

Il termine Riduzione del danno (Rdd) si riferisce a politiche, programmi e prassi che mirano a ridurre le conseguenze negative sanitarie, sociali ed economiche che derivano dall'uso di sostanze legali o illegali, senza ridurre necessariamente il consumo delle stesse. Alla base della definizione vi è un approccio pragmatico e non giudicante: si riconosce che non tutte le persone possono o vogliono smettere di usare sostanze e si guarda al fenomeno senza pregiudizi, stereotipi e tabù.

La Rdd nasce a metà degli anni Ottanta a Liverpool, ma in Italia solo nel 2017 la Rdd viene inserita tra i Livelli essenziali di assistenza con il DPCM 12 gennaio 2017, art. 28, lett k) e ad oggi solo la Regione Piemonte ha dettagliato in norma le prestazioni da considerarsi tali, con la DGR 12 aprile 2019, n. 42-8767.

In Italia, purtroppo, la Rdd è sempre stata ostaggio di una visione ideologica e si è sempre fatto fatica a considerarla per quello che è: una pratica di salvaguardia della salute delle persone e della collettività.

Il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) porta avanti, attraverso le organizzazioni che ne fanno parte, interventi di Rdd e di Limitazione del rischio (Ldr), che vantano esperienze più che trentennali, fortemente radicate e riconosciute a livello territoriale.

Per questo abbiamo deciso all'inizio del 2020 di investire in un percorso di valutazione di impatto sociale dei nostri servizi di Rdd e Ldr in grado di dare evidenza del valore, anche economico, di tali interventi.

Abbiamo iniziato così una collaborazione con Open Impact, start-up innovativa e spin-off accreditato dell'Università degli Studi Milano - Bicocca, che eroga servizi e sviluppa prodotti digitali per la misurazione, valorizzazione e gestione dell'impatto in una concezione di sostenibilità integrata.

I risultati emersi, descritti nelle pagine seguenti, non solo danno evidenza della rilevanza delle pratiche di Rdd e Ldr, ma ancora una volta dimostrano l'importanza e la necessità per noi organizzazioni del terzo settore di essere promotrici di innovazione e attori fondamentali di una funzione pubblica garante dei diritti per tutte e tutti, in particolare per le persone più fragili.

Perché valutare l'impatto sociale delle azioni di Riduzione del danno e Limitazione dei rischi

Chiunque abbia lavorato per più di un giorno in un servizio di Rdd ne percepisce i vantaggi. È facilmente intuitivo per chiunque come una sieroconversione (il passaggio dallo stato di sieronegatività allo stato di sieropositività) per l'Hiv o l'epatite, una carcerazione o semplicemente una chiamata impropria al pronto intervento siano eventi tragici per la persona coinvolta, ma anche costosi dal punto di vista umano, sociale ed economico per tutta la comunità. Se un servizio di prossimità riesce a evitarne o prevenirne uno, il vantaggio è collettivo ed è un multiplo della spesa necessaria per offrire questo servizio. Tuttavia, al di là di quanto sembri ovvio, occorre cercare di quantificarlo per dare strumenti di scelta ai decisori politici e alla cittadinanza in generale.

La valutazione di impatto sociale (VIS) è un processo sistematico e rigoroso per misurare gli effetti sociali positivi e negativi di un'iniziativa per una comunità. È un importante strumento di programmazione per comprendere la ricaduta economica di un intervento e per migliorarne l'efficacia.

Per i servizi e i progetti di prossimità, di bassa soglia e Rdd e Ldr, la VIS presenta una serie di vantaggi, tra cui:

- aiuta a migliorare l'efficacia degli interventi, rendendoli più accessibili e rispondenti ai bisogni reali delle persone;
- fornisce prove concrete dell'impatto degli interventi;
- aumenta trasparenza e accountability del lavoro svolto dai servizi e dai progetti.

Uno dei principali vantaggi perseguiti con il percorso di VIS sviluppato è la possibilità di misurare il ritorno economico degli interventi.

L'impatto economico è identificato come un indicatore trasparente e utile a restituire l'efficacia degli interventi interni alle politiche.

La misurazione dell'impatto economico degli interventi è particolarmente importante per questi servizi, poiché può aiutare a dimostrare il loro valore e a giustificare il loro finanziamento. La valutazione di questo tipo di servizi è assai complessa a causa della loro flessibilità, adattamento al contesto e lettura in tempo reale di fenomeni in rapida evoluzione.

Il percorso realizzato

Intendiamo proporre una restituzione del percorso attraversato perché pensiamo possa dare concretezza a un approccio alla VIS che sia partecipato, intenzionale e direzionato al cambiamento verso comunità inclusive, sostenibili e plurime.

La valutazione, dunque, è tesa a far emergere il valore, a sviluppare comunità di professionisti e azioni trasparenti ed efficaci per le comunità tutte.

Prima fase: il lato caldo del dato

Il percorso di VIS è iniziato nel 2020. Il primo importante passo, che poi ci ha accompagnato durante tutto il percorso, è stato caratterizzato dall'incontro e dalla mediazione tra culture e linguaggi differenti: da un lato l'esigenza di attingere a metriche e ricerche che permettessero di restituire valori riconosciuti e condivisi, dall'altro l'analisi di un lavoro quotidiano fatto di relazioni con persone, storie, bisogni e desideri diversi e in continuo cambiamento.

La costruzione di un linguaggio comune e la trasparenza della direzionalità del processo hanno rappresentato i dispositivi centrali per lo sviluppo di uno strumento che, attingendo da entrambi i mondi, permettesse di raccontare questi servizi e interventi non tanto a partire da ciò che è misurabile quanto da ciò che produce valore, che è l'essenza della Rdd.

Lo strumento che stava prendendo forma sarebbe stato tanto rigoroso nel semplificare la complessità quanto plastico nel poterne seguire i movimenti.

Seconda fase: ricomporre i frammenti

Come servizi di Rdd stiamo nel cambiamento, le azioni che sviluppiamo nel territorio sono chiamate a lasciarsi ibridare da un fenomeno, quello del consumo, che si modifica costantemente con le sostanze, con le persone, con i contesti che incontra. Leggere questi cambiamenti è uno sforzo necessario, è il canale per ricomporre il senso che è sempre situato, multidimensionale e plurale. Ogni servizio ha una sua raccolta dati, definita con il territorio di riferimento, che permette di restituire e monitorare i cambiamenti e, insieme, restituisce gli effetti degli interventi in riferimento agli obiettivi. Ci siamo trovati con schede di rilevazione diverse, nutrite dalle rappresentazioni dei servizi e dei territori, tantissimi indicatori qualitativi e quantitativi, di esito e di processo, alcuni restituivano le caratteristiche demografiche, altri si riferivano a dimensioni sociali o sanitarie. Il gruppo di lavoro ha lavorato a lungo clusterizzando e condividendo priorità di senso, tenendo a mente anche l'esigenza di avere uno strumento che mediasse tra l'importanza di restituire il valore e la sostenibilità del suo utilizzo quotidiano, in strada. I rappresentanti delle diverse organizzazioni si sono fatti mediatori di scenari e visioni, cooperando nel definire le priorità, gli indicatori necessari e sufficienti, riportando i risultati nelle équipe di riferimento per mettere in questione, modificare e non perdere elementi di valore, per poi ritornare nel gruppo e rinegoziare. Questo movimento ha permesso al gruppo di realizzare uno strumento partecipato e condiviso, accompagnando parallelamente le équipe locali a un cambiamento culturale che le avvicinasse alla VIS come processo attivo, partecipato, di senso.

Terza fase: sperimentare ed esplorare

Nell'estate del 2022 lo strumento era pronto e andava testato. Fino a quel momento i colleghi e le colleghe di Open Impact ci avevano fatto vedere delle immagini che ci aiutassero a farci un'idea di come sarebbe apparsa la fotografia degli interventi, ma niente ancora che venisse dai servizi.

La sperimentazione è partita a luglio dello stesso anno, con 10 organizzazioni coinvolte (le cooperative sociali Alice, Arnèra, Bessimo, Borgorete, Cat, Centro Sociale Papa Giovanni XXIII,

Magliana '80, Nuovi Vicini, Open Group, Parsec) provenienti da 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio).

Per sei mesi il gruppo si è ritrovato periodicamente per monitorare, discutere e affinare lo strumento perché fosse facile e rigoroso. Negli incontri gli obiettivi erano quelli di: favorire una lettura univoca degli item di rilevazione riducendo ambiguità; semplificare la rilevazione eliminando gli elementi che potevano essere ridondanti appesantendo inutilmente la compilazione; correggere errori di sistema o di processo; individuare possibili traiettorie di sviluppo, alcune immediatamente implementabili altre immaginate per future articolazioni dello strumento.

Quarta fase: trasparenza e direzionalità per il valore collettivo

A gennaio del 2023 è stata organizzata la prima restituzione dei risultati a Bologna. L'obiettivo era quello di raccogliere punti di vista, osservazioni e feedback da figure esperte sia in ambito di valutazione e ricerca, sia di R&D. Dopo un iniziale momento di restituzione dello strumento, delle fasi salienti di costruzione e un affondo sugli aspetti più specificatamente metodologici, la platea di esperti e ricercatori ha favorito l'emersione di elementi utili alla messa in questione e allo sviluppo dell'esperienza, per accrescere accuratezza e rigore. Nella seconda parte della giornata le persone intervenute sono state divise in quattro gruppi di lavoro eterogenei per competenze e professionalità, per favorire una raccolta di feedback puntuale, plurima e partecipata. Per questa fase abbiamo adottato come matrice comune i campi dell'analisi Swot e una prospettiva che potesse far emergere sia sviluppi che derive dello strumento.

La metodologia e il modello implementato

Il processo di valutazione prevede tre fasi distinte: la costruzione del modello di valutazione di impatto e la definizione degli strumenti (in co-design con l'ente valutato), la somministrazione di interviste e questionari per la raccolta dei dati analisi e, infine, l'elaborazione del report di valutazione di impatto e valore sociale generato.

Nell'ambito specifico dello strumento è stato realizzato un framework dedicato agli interventi di Rdd e Ldr finalizzato a evidenziare le ricadute socioeconomiche degli interventi, con la costruzione di uno strumento digitale utile al tracciamento di queste ricadute (cfr. infra "Il Tool/Il processo").

Il modello ideato nasce da una precedente sperimentazione nell'ambito del progetto [PAS – Principi Attivi di Salute](#), che ha posto le basi per l'identificazione degli obiettivi d'impatto associabili alle operazioni di Rdd e Ldr, definendo quindi i cambiamenti attesi/generati, le modalità di verifica dei cambiamenti e la modalità di raccolta dei dati finalizzati alla valorizzazione degli indicatori.

Per identificare i cambiamenti socio-economici prodotti si è proceduto attraverso sessioni di co-design insieme alle organizzazioni partecipanti per definire le ricadute generali che gli interventi producono, associando a ogni cambiamento standard nazionali e internazionali.

Gli obiettivi d'impatto identificati per la sperimentazione sono i seguenti:

- riduzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non raccolti/non differenziati;
- maggiore accesso ai servizi;
- miglioramento delle condizioni di salute;
- incremento delle conoscenze e della consapevolezza - pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi;
- incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di contrazione di malattie sessualmente trasmissibili;
- incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di incidentalità stradale.

Successivamente sono stati connessi i cambiamenti agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'ONU (SDGs) e agli indicatori nazionali del Benessere Equo e Sostenibile (BES). Per ognuno di questi, a seconda dell'impatto connesso, è stato poi individuato l'indicatore corrispondente o gli indicatori se più di uno.

Nello specifico i collegamenti effettuati interessano principalmente gli obiettivi:

A. **SDG 01 – Sconfiggere la povertà**

1.4 Entro il 2030, assicurare che tutti gli uomini e le donne, in particolare i poveri e i vulnerabili, abbiano uguali diritti riguardo alle risorse economiche, così come l'accesso ai servizi di base, la proprietà e il controllo sulla terra e altre forme di proprietà, eredità, risorse naturali, adeguate nuove tecnologie e servizi finanziari, tra cui la microfinanza.

Percentuale di popolazione/famiglie con accesso ai servizi di base.

B. **SDG 03 – Salute**

3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di Aids, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili.

Numero di nuove infezioni da Hiv per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione.

3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e l'uso nocivo di alcool.

Copertura degli interventi di trattamento (farmacologico, psicosociale e riabilitativo e dei servizi di aftercare) per i disturbi da uso di sostanze.

3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali.

Tasso di mortalità per incidenti stradali.

Per quanto riguarda invece i domini del BES, i cambiamenti sono stati associati a:

A. Dominio 01 – Salute

1.04. Mortalità evitabile (0-74 anni)

Decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica). La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019. Tassi standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 0-74 per 10.000 residenti.

1.06. Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)

Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 15-34 anni, per 10.000 residenti.

B. Dominio 12 – Qualità dei servizi

12.03. Difficoltà di accesso ad alcuni servizi

Percentuale di famiglie che dichiarano molta difficoltà a raggiungere tre o più servizi essenziali (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, polizia, carabinieri, uffici comunali, asilo nido, scuola materna, scuola elementare, scuola media inferiore, negozi di generi alimentari, mercati, supermercati). L'indicatore è calcolato come media triennale.

La connessione impatti-SDG-BES-indicatori è stata poi la parte finale del percorso, prima di arrivare alla definizione dello strumento di raccolta dati. Nello specifico gli indicatori sono basati sul numero di contatti, non essendo possibile identificare in modo univoco la persona assistita. Per evitare sovrastime si è proceduto con la registrazione dei contatti applicando successivamente delle percentuali di mitigazione volte a ridurre il numero complessivo che alimenta l'indicatore (es. l'impatto "aumento dei comportamenti responsabili – riduzione del rischio di contrazione delle malattie sessualmente trasmissibili", che ha come indicatore "N. di contatti a cui sono stati distribuiti

preservativi e kit di prevenzione”, è stato abbattuto di 2/3 al fine di valorizzare poi il beneficio socio-economico da questo derivante).

Nella tabella sottostante sono riassunti i collegamenti tra impatti-SDG-BES-indicatori:

Impatto	SDG	BES	Indicatore
Riduzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non raccolti	03 – Salute e benessere	01 – Salute	N. di siringhe rese
Maggiore accesso ai servizi	01 – Sconfiggere la povertà	12 - Qualità dei servizi	N. di contatti con pattern di consumo o comportamenti potenzialmente rischiosi e/o senza dimora che vengono orientati e/o accompagnati al sistema integrato delle reti e dei servizi formali e informali
Miglioramento delle condizioni di salute	03 – Salute e benessere	01 – Salute	N. di contatti in condizioni sanitarie a rischio che migliorano la condizione sanitaria (abbassamento temperatura corporea, idratazione, miglioramento valori di pressione, intervento salvavita overdose)
Incremento delle conoscenze e della consapevolezza - pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi	03 – Salute e benessere	01 – Salute	N. di contatti ai quali si effettua un counselling sui pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi (mst...)

Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di contrazione di malattie sessualmente trasmissibili	03 – Salute e benessere	01 – Salute	N. di contatti a cui sono stati distribuiti preservativi e kit prevenzione (2/3 contatti totali)
Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di incidentalità stradale	03 – Salute e benessere	01 – Salute	N. di contatti ai quali si misura l'alcolemia.

Una volta definiti gli indicatori, questi sono stati poi associati a proxy finanziarie (approssimazioni economiche dell'impatto raggiunto).

Le associazioni a queste approssimazioni sono riportate nella tabella sottostante.

Impatto	Indicatore	Proxy di riferimento
Riduzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non raccolti	N. di siringhe rese	Prezzo di smaltimento di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (€/Kg)
Maggiore accesso ai servizi	N. di contatti con pattern di consumo o comportamenti potenzialmente rischiosi e/o senza dimora che vengono orientati e/o accompagnati al sistema integrato delle reti e dei servizi formali e informali	Tariffario per colloquio accoglienza/orientamento

Miglioramento delle condizioni di salute	N. di contatti in condizioni sanitarie a rischio che migliorano condizione sanitaria (abbassamento temperatura corporea, idratazione, miglioramento valori di pressione, intervento salvavita overdose)	Costo medio minimo per accesso in emergenza
Incremento delle conoscenze e della consapevolezza - pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi	N. di contatti ai quali si effettua un counselling sui pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi (mst...)	Tariffario prestazione per counselling/colloquio base o per accoglienza psico-socio-educativa
Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di contrazione di malattie sessualmente trasmissibili	N. di contatti a cui sono stati distribuiti preservativi e kit di prevenzione (2/3 contatti totali)	Costo degli esami di controllo per malattie a trasmissione sessuale con SSR
Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di incidentalità stradale	N. di contatti ai quali si misura l'alcolemia	Costo unitario medio per pazienti medicati al pronto soccorso per incidente stradale Costo medio dei sinistri nel 2020

A ogni proxy finanziaria (ricavata a partire dai benchmark in piattaforma Open Impact e collegati poi a fonti accreditate nazionali) sono poi stati applicati, come detto, dei mitigatori, necessari per non sovrastimare gli effetti moltiplicativi di tale intervento, non essendo possibile avere contezza precisa delle persone intercettate, ma avendo come base solamente i contatti.

Nello specifico, i valori registrati per il calcolo del moltiplicatore d'impatto sono stati abbattuti applicando una percentuale di mitigazione media "deadweight"¹ - per rendere più prudente la

¹ Per "deadweight" si intende quella porzione di cambiamento che sarebbe avvenuta comunque anche senza l'intervento, in altre parole ci si chiede quanto del cambiamento positivo che osserviamo è dovuto all'attività. Maggiore è il deadweight, più prudente è la misurazione, quindi il calcolo del valore sociale netto (vedi paragrafi successivi).

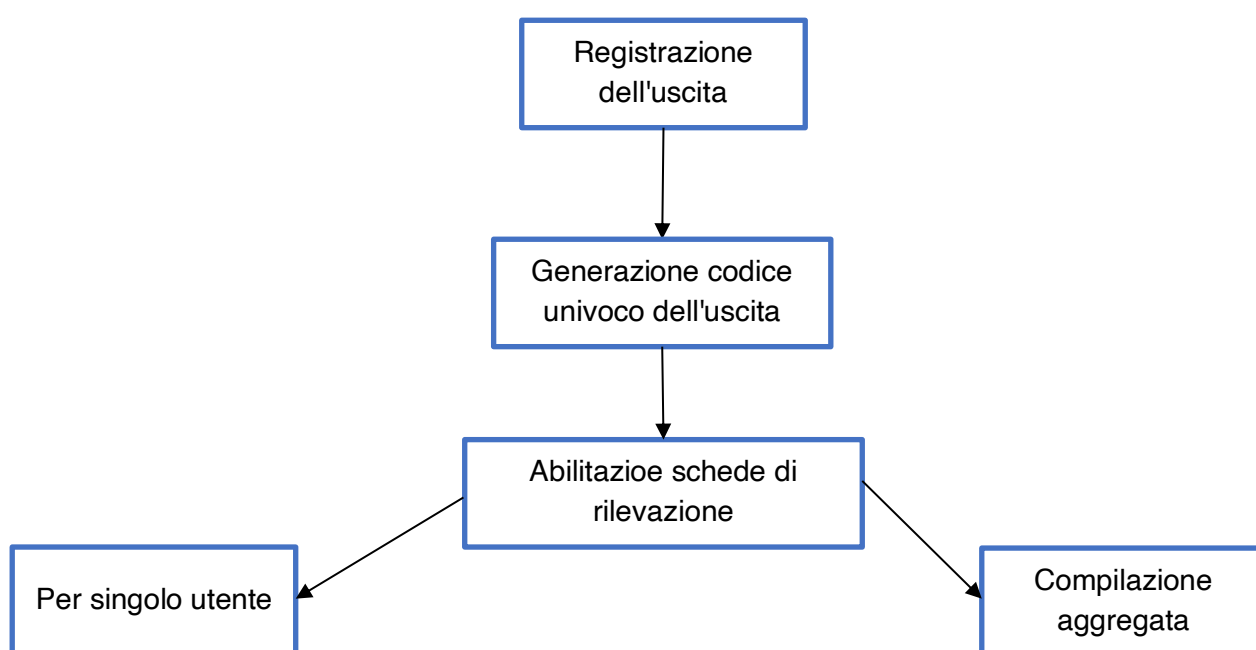
misurazione - del 37%, con outcome ridotti dell'80% nei casi di maggiore volatilità del risultato associato.

Il Tool/Il processo

Al fine di verificare gli impatti e valorizzare gli indicatori selezionati si è scelto di sviluppare uno strumento digitale che consentisse agli operatori e alle operatrici una modalità agile di inserimento dati, che fosse in grado non solo di registrare gli impatti, ma anche le caratteristiche socio-demografiche del contatto stesso.

Lo strumento elaborato consiste, quindi, in un gruppo di questionari di rilevazione, incorporati nello spazio riservato delle organizzazioni che hanno partecipato alla sperimentazione, funzionale all'inserimento dei dati, automaticamente collegati a una rappresentazione grafica aggiornata all'ultima compilazione effettuata.

Il processo logico di funzionamento dello strumento è riassumibile nello schema seguente:



Le schede di rilevazione, singola o aggregata, sono collegate alla situazione in cui l'équipe si trova. Le schede singole sono utilizzate in uscite con minor afflusso di persone e consentono di tracciare più informazioni per contatto ed eventualmente tracciare l'avanzamento della persona nel tempo (nel caso di consumatore frequente); le schede aggregate, invece, consentono l'inserimento massivo degli interventi e dei contatti e sono più adeguate in condizioni di notevole afflusso (es. Festival). Le schede differiscono per il livello di dettaglio che consentono di ottenere.

Ogni organizzazione ha poi, nell'area riservata, la visualizzazione connessa alle rilevazioni effettuate (Report Organizzazione) e la visualizzazione complessiva che comprende anche gli interventi effettuati dalle altre organizzazioni coinvolte nella sperimentazione dello strumento.

Nelle schede di rilevazione, oltre ai dati di impatto, sono stati raccolti dati quali:

- genere, età, provenienza del contatto;
- tipologia di intervento;
- specifiche dell'intervento;
- eventuale presidio distribuito;
- orientamento-accompagnamento;

- comportamenti/azioni del contatto.

Quindi, il quadro rintracciabile a seguito dell'adozione dello strumento di monitoraggio restituisce non solo un'informazione sugli obiettivi d'impatto identificati, ma anche sulla situazione generale affrontata dagli operatori e dalle operatrici durante le uscite.

I risultati della sperimentazione

I dati registrati all'interno dello strumento si riferiscono al periodo dal novembre 2022 al febbraio 2024, e in particolare hanno registrato:

- Numero totale di uscite: 2.505
- Numero totale di compilazioni della scheda singola e aggregata: 4.048
- Numero totale di contatti che hanno usufruito dei servizi: 103.601

Dall'avvio ufficiale della sperimentazione, hanno partecipato in totale 10 organizzazioni, di seguito elencate:

Arnera Società Cooperativa Sociale
Borgorete Soc. Coop. Soc. Onlus
CAT Cooperativa Sociale
Centro Sociale Papa Giovanni XXIII Società Cooperativa Onlus
Cooperativa di Bessimo
Cooperativa Sociale Alice Onlus
Cooperativa Sociale Magliana 80 Onlus
Nuovi Vicini Società Cooperativa Sociale
Open Group Cooperativa Sociale
Parsec Cooperativa Sociale

Nello specifico, i dati provenienti dalle schede di uscita evidenziano le seguenti informazioni:

- I luoghi di contatto dove sono state effettuate le uscite coinvolgono per la maggior parte il centro-nord Italia. A Roma e Bologna è stato effettuato il 51% del numero totale di uscite con il 33% del totale dei contatti.

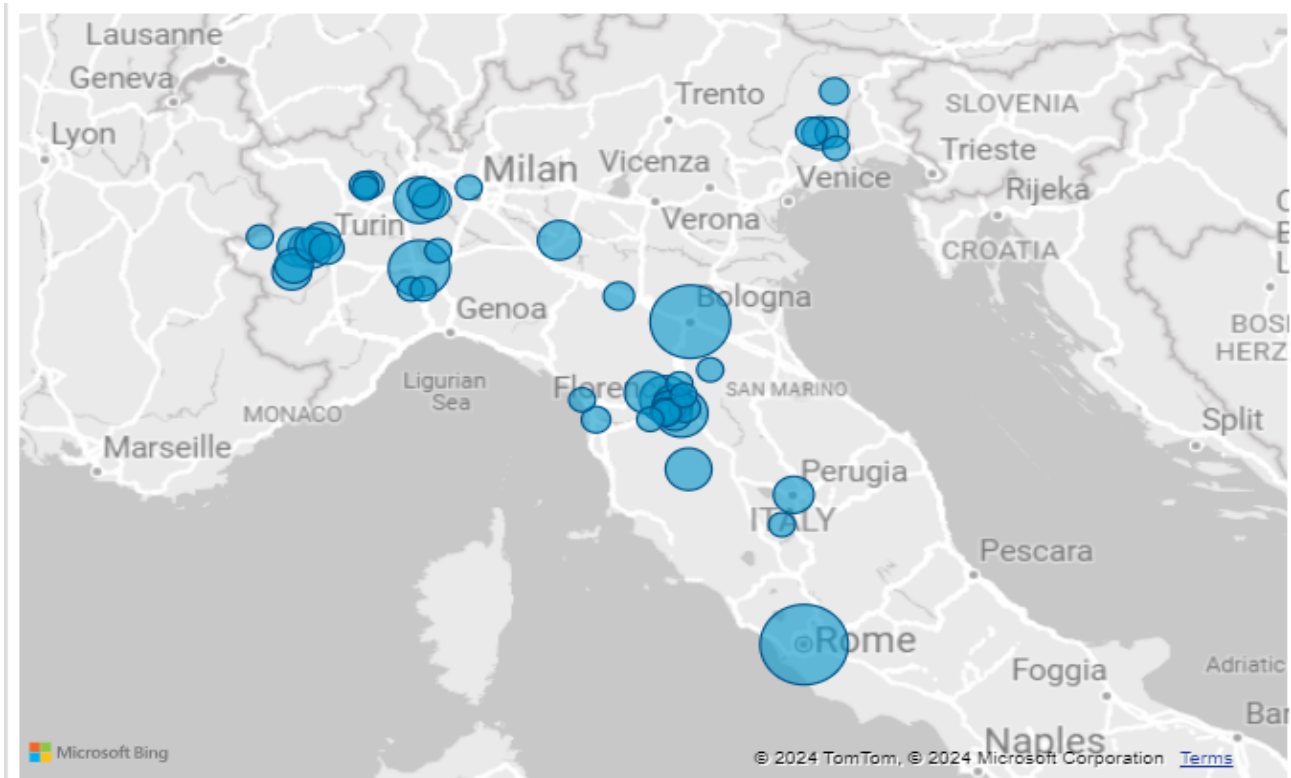


Figura 1. luoghi di contatto dove sono state effettuate le uscite

- Per quanto riguarda la tipologia di interventi/servizi effettuati durante le uscite, il 51% è caratterizzato dalle unità di strada (Uds) e il 35% dallo spazio fisso (drop in, spazio Rdd/Ldr, ecc.), come rappresentato di seguito:

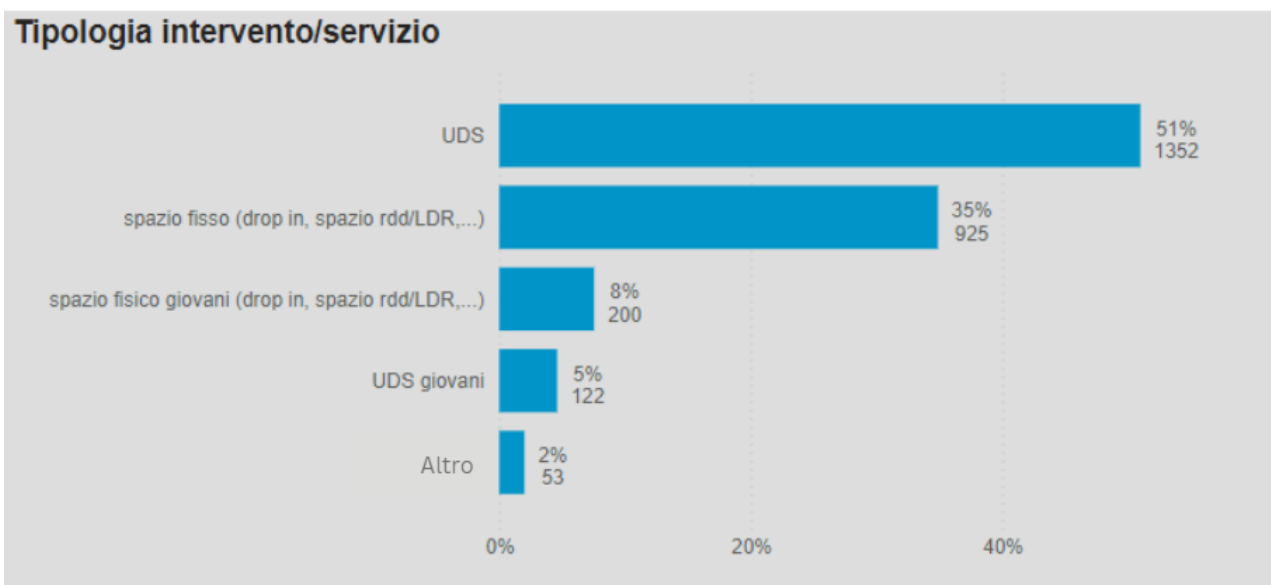


Figura 2. tipologia di interventi/servizi effettuati durante le uscite

- Le note sul servizio sul contesto delle uscite riguardano per il 42% il gioco d'azzardo, per il 15% tratta-prostituzione, per il 6% party setting e per il rimanente 37% principalmente banchetti informativi, chill out/salotto urbano, uscite in furgone (vedi tabella elenco sotto).

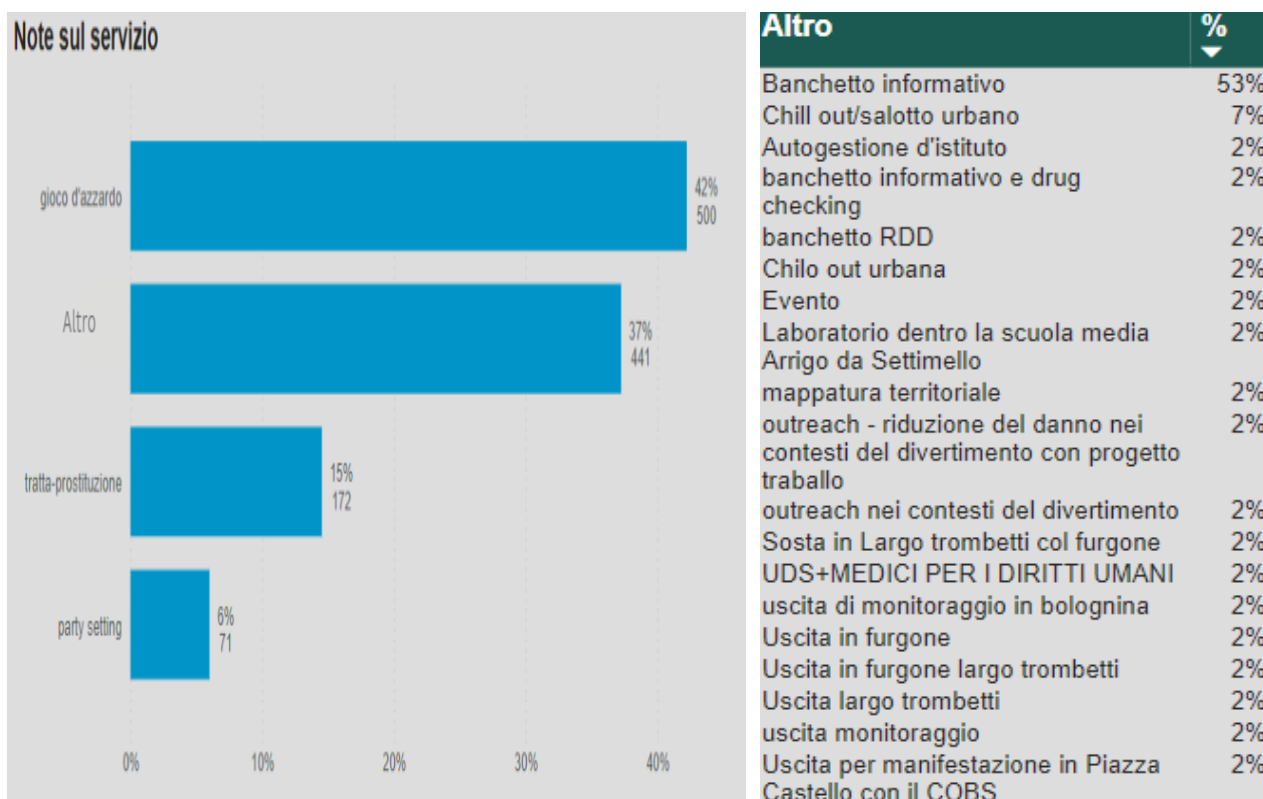


Figura 3. contesto delle uscite

I dati provenienti dalle schede singole e aggregate evidenziano invece le seguenti informazioni:

Dati anagrafici dei contatti

- Genere (valore totale: 96.833)
 - La maggioranza della popolazione è composta da uomini (77,35%).
 - Le donne rappresentano il 19,55% della popolazione.
 - Le altre categorie di genere (non binario, transessuale, preferisco non dichiarare) rappresentano complessivamente il 3,10% della popolazione.
- Fascia di età (valore totale: 67.225)
 - La fascia d'età più numerosa è quella tra i 18 e i 30 anni (41% complessivamente).
- Provenienza (valore totale: 40.237)
 - Il grafico fornisce una panoramica generale della distribuzione della popolazione per provenienza con una netta prevalenza della popolazione europea (41%) e asiatica (33%).

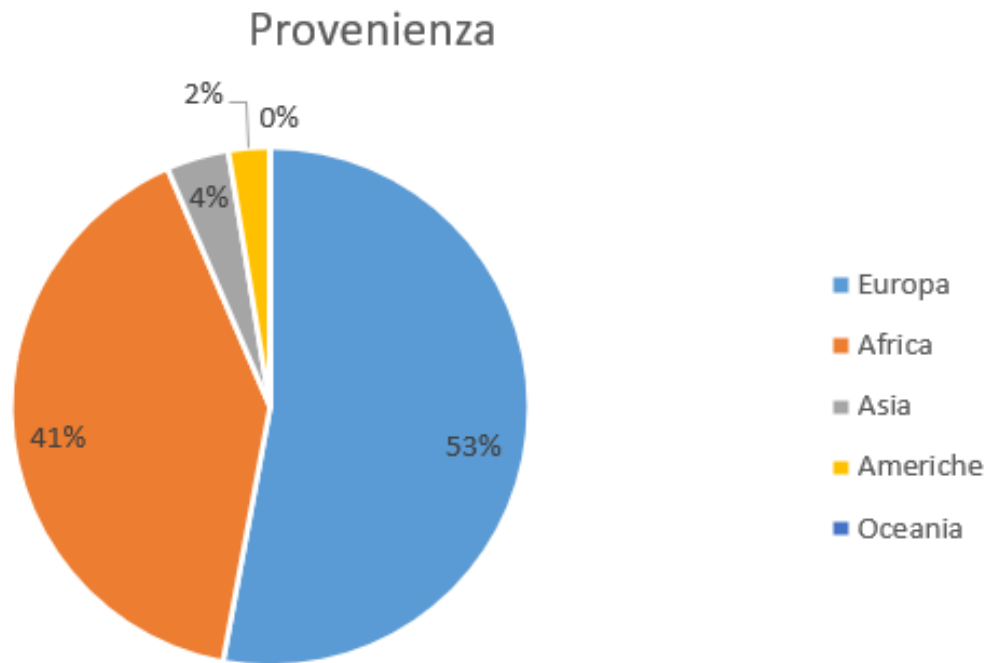


Figura 4. distribuzione della popolazione per provenienza

- Nazionalità (valore totale: 87.922)
 - La maggioranza della popolazione è italiana (58%).
 - Gli stranieri rappresentano il 38% della popolazione.

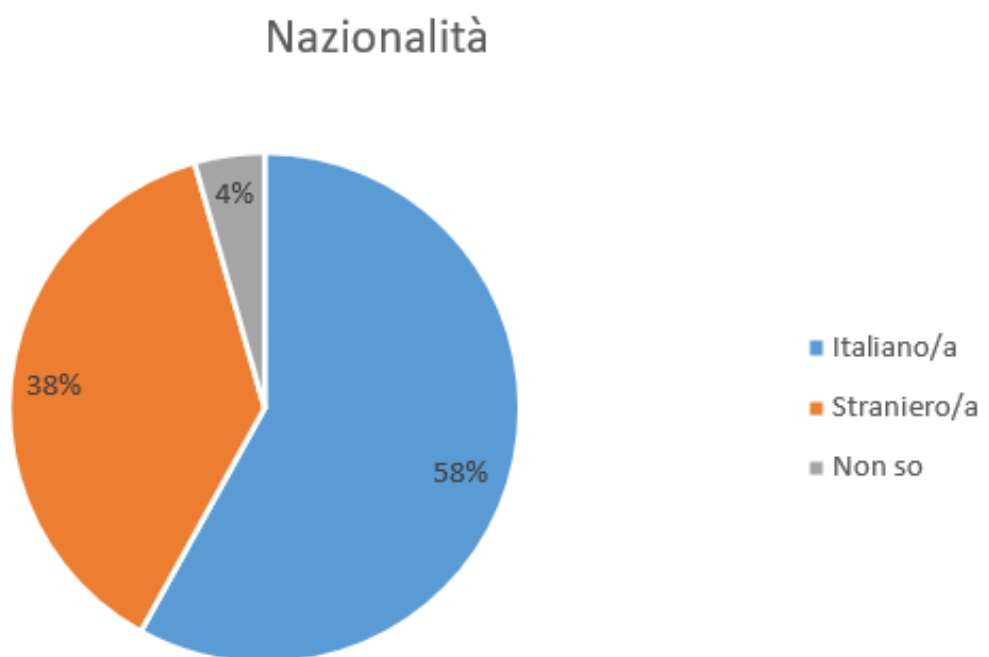


Figura 5. nazionalità

- Specifiche del contatto (valore totale: 109.362)
 - La distribuzione dei beneficiari per tipologia è eterogenea, con una prevalenza di frequentatori con pattern di consumo o comportamenti potenzialmente rischiosi (40%).

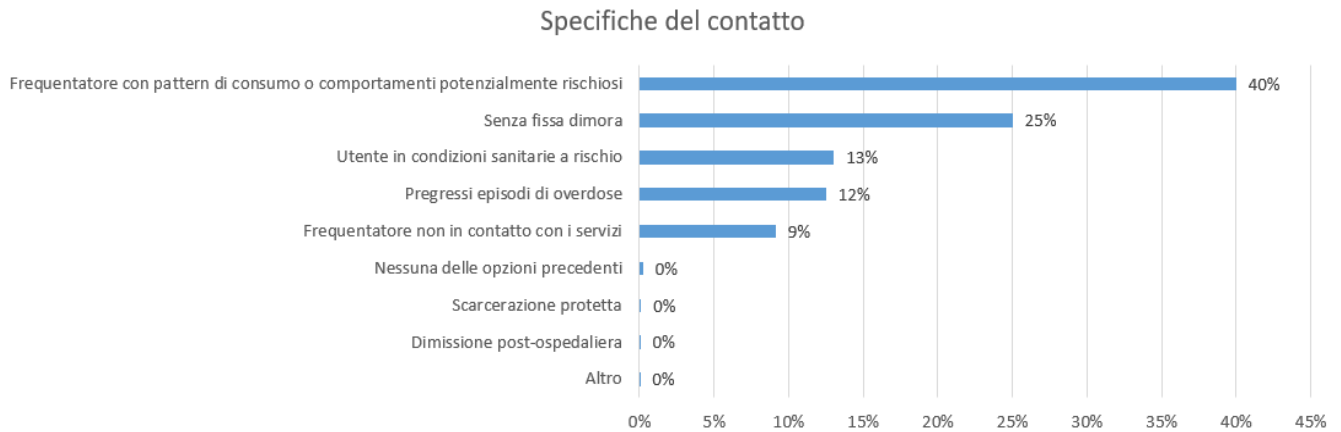


Figura 6. specifiche dei destinatari del contatto

Dati principali sull'intervento

- Tipologia di sostanze consumate (valore totale: 147.713)
 - La sostanza più consumata è l'alcool (27,96%).
 - Seguono la cannabis (23,51%), gli oppioidi (17,86%) e la coca (17,77%).

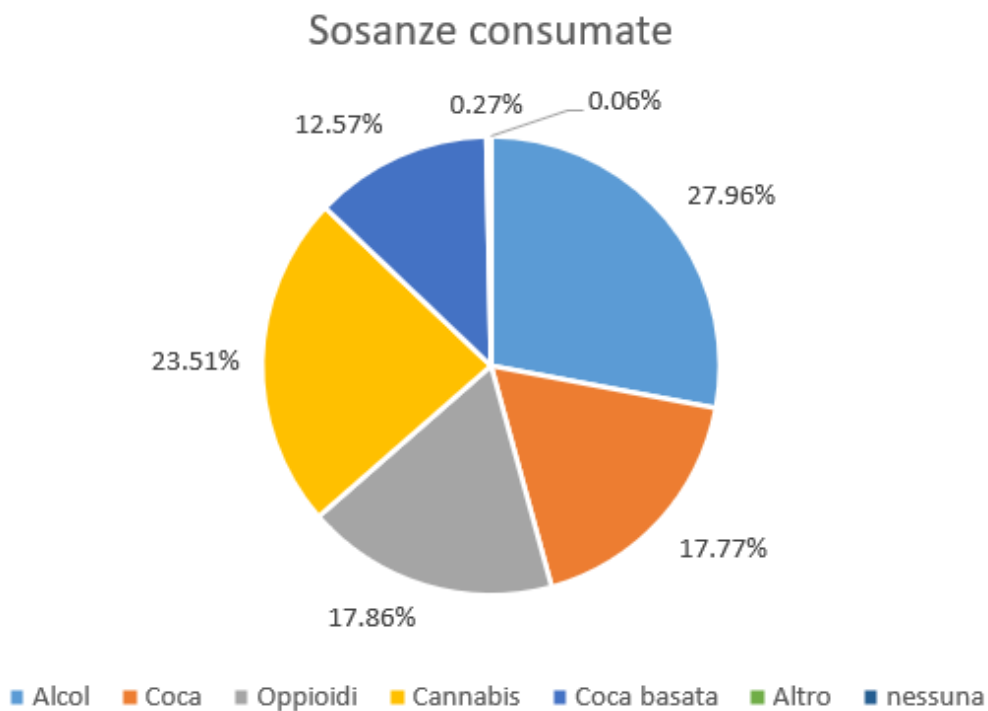


Figura 7. Tipologia di sostanze consumate

- Presidi distribuiti (valore totale: 465.436)
 - La distribuzione dei presidi di prevenzione per tipologia è eterogenea, con una prevalenza di "Siringhe distribuite" (207.555 unità) e "Siringhe rese" (106.567 unità).
 - Seguono i "Preservativi distribuiti" (28.515 unità), i "Pippotti" (8.106 unità), i "Lacci" (1.972 unità) e il "Naloxone" (1.472 unità).
 - Gli altri presidi distribuiti - come acqua, stagnole, kit fentanyl, ecc. - sono rappresentati da 111.249 unità.

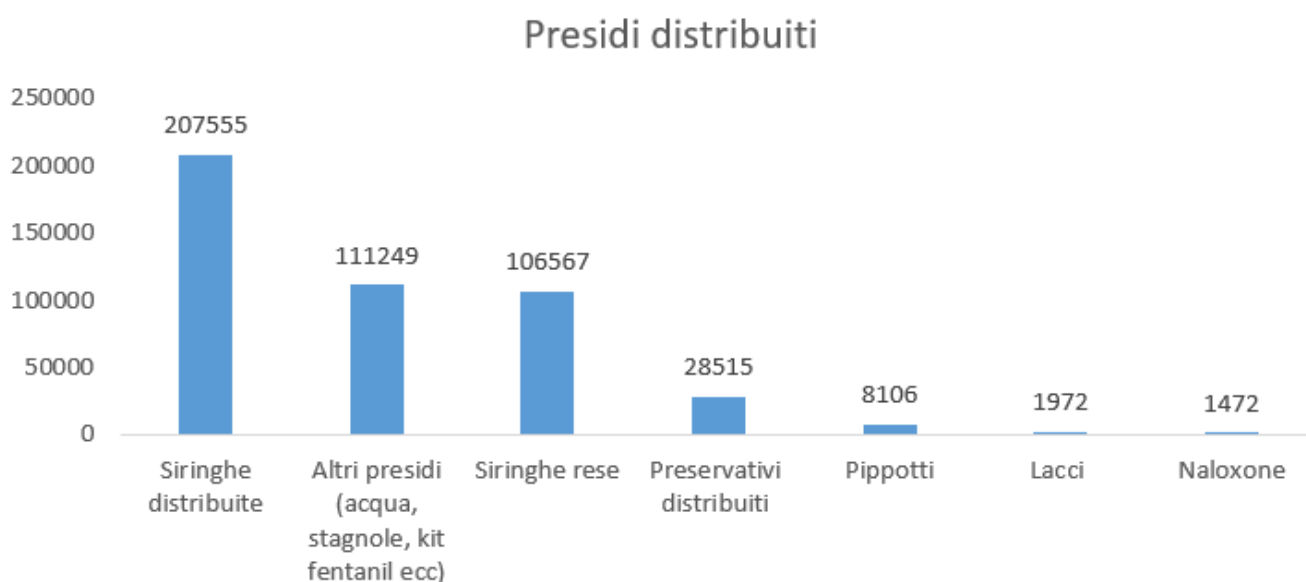


Figura 8. tipologia dei presidi distribuiti

- Attività di orientamento/accompagnamento presso reti formali e informali (valore totale: 7.082)
 - La distribuzione dei luoghi e/o delle istituzioni di orientamento/accompagnamento è eterogenea, con una prevalenza del Servizio sociale territoriale (21%), Drop in (16%) e Servizio per le dipendenze-Ser.Dp (12%).

Orientamento/accompagnamento presso

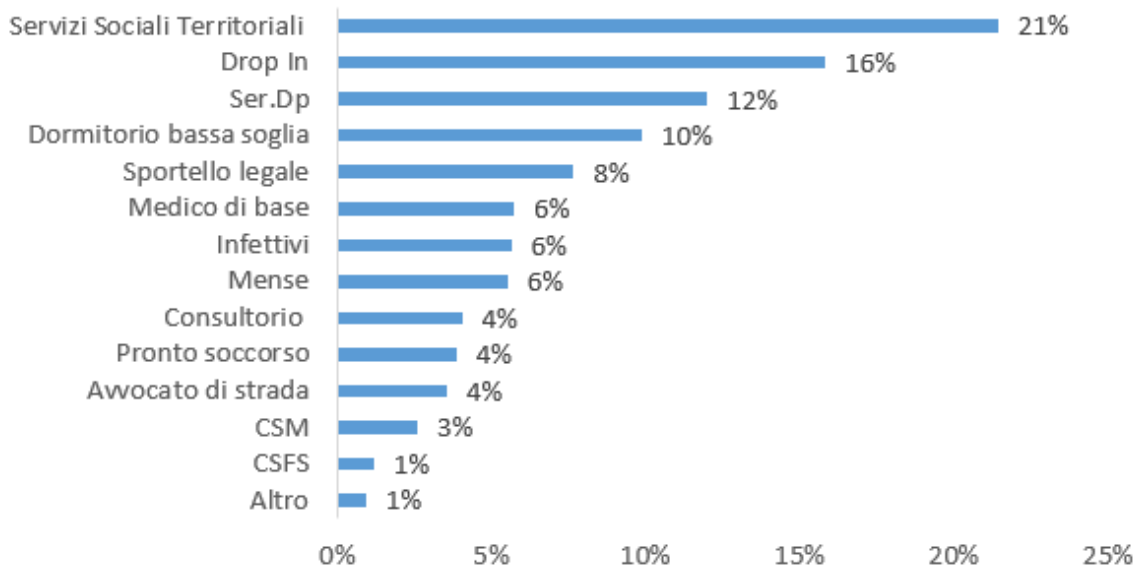


Figura 9. Attività di orientamento/accompagnamento

- Specifiche dell'intervento (valore totale: 10.549)
 - L'intervento più frequente è quello informativo ai "banchetti" reali e digitali (82%).
 - Seguono l'analisi della sostanza dopo l'utilizzo (6%), l'analisi della sostanza prima dell'utilizzo (5%), l'accesso diretto al dormitorio (4%), i test/screening sanitari in situ (2%) e l'invio dei campioni ai laboratori accreditati per l'analisi delle sostanze (1%).

Specifiche intervento

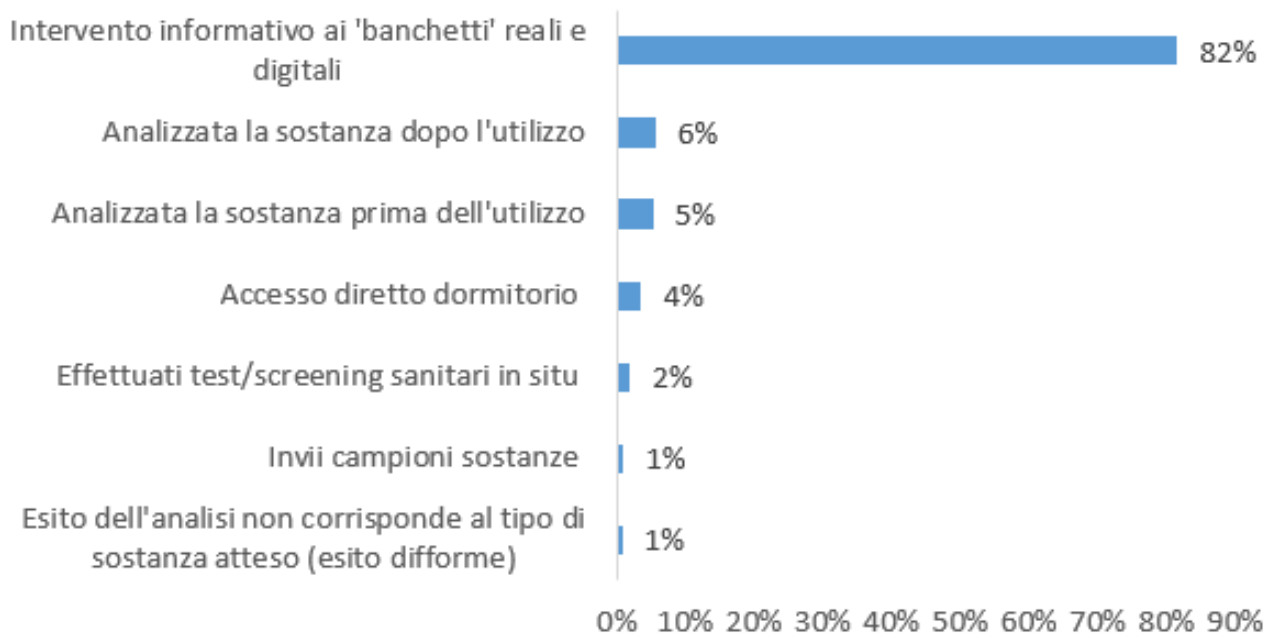


Figura 10. specifiche dell'intervento

- Comportamento/azione che il contatto decide di assumere a seguito dell'intervento (valore totale: 89.012)
 - La distribuzione dei comportamenti assunti dai beneficiari è eterogenea, con una prevalenza di comportamenti protettivi per la salute - come ad esempio l'uso di una siringa o altri strumenti nuovi, non utilizzati da altri - (42,10%) e sul piano sociale - come ad esempio la conservazione dell'alloggio o del permesso di soggiorno o l'ottenimento di un sussidio - (36,78%).

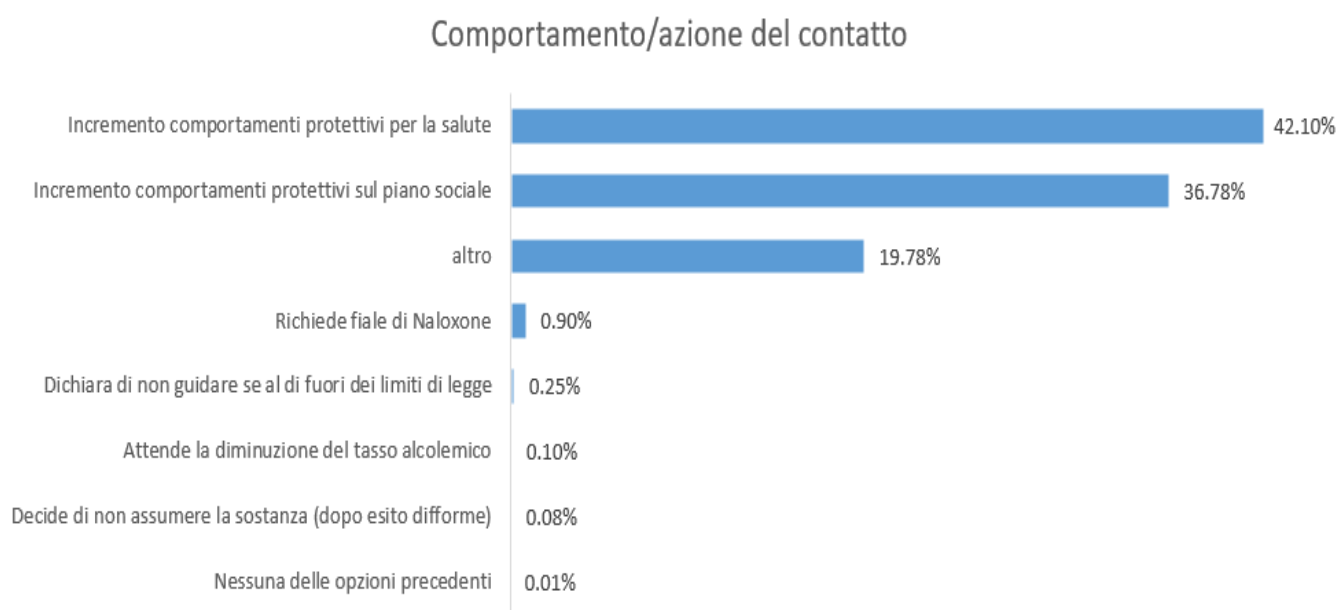


Figura 11. comportamento/azione che il contatto decide di assumere a seguito dell'intervento

I risultati della sperimentazione collegati al modello di valutazione d'impatto e, di conseguenza, agli indicatori principali e le rispettive domande sono raccolti nella tabella sottostante.

Per i calcoli finali sono stati effettuati i passaggi propri della metodologia SROI, partendo dal valore sociale lordo generato per poi mitigare tale risultato al fine di fornire una misura più prudente del valore generato dall'intervento.

In particolare, i passaggi sono stati:

- **Calcolo del valore sociale lordo** = Moltiplicazione della quantità x Valore della proxy;
- **Calcolo del valore sociale netto** = Valore sociale lordo x Deadweight (%)

Impatto	Quantità (fino a febbraio 2024)	Indicatore	Proxy	Valore	Deadweight	Valore sociale netto
Riduzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non raccolti / non differenziati	106.567	N. di siringhe rese	Prezzo di smaltimento di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (€/Kg)	1,20 €	0%	3.197,01€
Maggiore accesso ai servizi	12.844	N. di contatti con pattern di consumo o comportamenti potenzialmente rischiosi e/o senza dimora che vengono orientati e/o accompagnati al sistema integrato delle reti e dei servizi formali e informali	Tariffario per colloquio accoglienza/ orientamento	25,90 €	0%	332.659,60 €
Miglioramento delle condizioni di salute	26.625	N. di contatti in condizioni sanitarie a rischio che migliorano la condizione sanitaria (abbassamento	Costo medio minimo per accesso in emergenza	153,00 €	33%	2.729.328,75 €

		temperatura corporea, idratazione, miglioramento valori di pressione, intervento salvavita overdose)				
Incremento delle conoscenze e della consapevolezza - pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi	21.590	N. di contatti ai quali si effettua un counselling sui pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi (mst)	Tariffario prestazione per counselling/ colloquio base o accoglienza psico-socio-educativa	53,60 €	0%	1.048.201,60 €
Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di contrazione di malattie sessualmente trasmissibili	69.067	N. di contatti a cui sono stati distribuiti preservativi e kit prevenzione (2/3 contatti totali)	Costo esami per controllo delle malattie a trasmissione sessuale con SSR	66,00 €	80%	911.688,80 €
Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di incidentalità stradale	1.365	N. di contatti ai quali si misura l'alcolemia (prima di guidare)	Costo unitario medio dei pazienti medicati al pronto soccorso per incidente stradale	121,74 €	80%	33.235,02 €

			Costo medio dei sinistri nel 2020	1.906,0 0 €	80%	520.338,00 €
--	--	--	---	----------------	-----	--------------

Per stimare poi definitivamente il moltiplicatore d'impatto (SROI) è necessario identificare il budget dell'intervento.

Nel caso specifico della sperimentazione il budget stimato è il costo complessivo delle uscite delle diverse organizzazioni nei territori di intervento (costo singola uscita x totale delle uscite).

Valore sociale lordo	12.783.992,31 €
Valore sociale netto	5.578.648,78 €
Budget stimato	2.505.000,00 €
Moltiplicatore d'impatto (SROI) Valore sociale netto / Budget stimato	= 2,23 €

In breve, per 1 € speso per finanziare le attività di Rdd e Ldr, si è stimato (prudentemente) che ci sarebbero voluti 2,23 € per assicurare gli interventi necessari in assenza dei servizi oggetto della sperimentazione. Una cifra, dunque, che è più del doppio di quanto investito per finanziare i servizi di Rdd e Ldr.

<p>Approfondimento metodologico sulle diverse aree di impatto</p> <p>Nel dettaglio, per le diverse aree di impatto identificate e misurate all'interno del modello di valutazione, si presenta il seguente approfondimento metodologico:</p> <p>Impatto 1: Riduzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non raccolti / non differenziati</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Indicatore: numero di siringhe rese. <ul style="list-style-type: none"> ● Quantità a febbraio 2024: 106.567 siringhe raccolte equivalenti a 2.664,18 kg e 2,7 t di rifiuto. ● Metodologia: viene considerato il numero totale di siringhe rese durante le uscite e registrate all'interno dello strumento di raccolta dati. Per stimare il peso complessivo degli aghi, si considera il peso medio di un ago ipodermico (25 grammi) e si moltiplica per il numero totale di siringhe raccolte. Il risultato viene poi convertito in chilogrammi e tonnellate. ● Proxy finanziaria utilizzata per quantificare l'impatto: prezzo di smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (1,20 €/Kg). Questo valore viene moltiplicato per la quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto di 3.197,01€ (0,06% del valore sociale netto).

Impatto 2: Maggiore accesso ai servizi

- Indicatore: numero di contatti con pattern di consumo o comportamenti potenzialmente rischiosi e/o senza dimora che vengono orientati e/o accompagnati al sistema integrato delle reti e dei servizi formali e informali.
 - Quantità a febbraio 2024: 12.844 (il 12% dal totale dei contatti).
 - Metodologia: il dato di questo indicatore viene raccolto tramite due domande che individuano frequentatori che vengono orientati e/o accompagnati al sistema integrato di reti e dei servizi formali e informali.
- Proxy finanziaria utilizzata per quantificare l'impatto: tariffario per il colloquio accoglienza/orientamento (26€/persona) regionale. Questo valore viene moltiplicato per la quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto di 332.659,60 (5,96% del valore sociale netto).

Impatto 3: Miglioramento delle condizioni di salute

- Indicatore: numero di contatti in condizioni sanitarie a rischio che migliorano la condizione sanitaria.
 - Quantità a febbraio 2024: 26.625 (il 26% del totale dei contatti).
 - Metodologia: il dato di questo indicatore viene raccolto tramite tre domande che individuano utenti che a seguito dell'intervento fornito dal servizio sperimentano un abbassamento della temperatura corporea, idratazione e miglioramento dei valori di pressione.
- Proxy finanziaria utilizzata per quantificare l'impatto: costo medio minimo nazionale per accesso in emergenza (153€/persona). Questo valore viene moltiplicato per la quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto a cui viene applicato una percentuale di mitigazione del 33%, considerando altri effetti che potrebbero incidere sul miglioramento della salute indipendentemente dall'esistenza del servizio. Il valore sociale netto è di 2.729.328,75€ (48,92% del valore sociale netto).

Impatto 4: Incremento delle conoscenze e della consapevolezza - pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi

- Indicatore: numero di contatti al quale si effettua un counselling sui pattern di consumo, stili di vita o comportamenti potenzialmente rischiosi.
 - Quantità a febbraio 2024: 21.590 (il 21% del totale dei contatti).
 - Metodologia: il dato di questo indicatore viene raccolto tramite una domanda che individua gli utenti a cui si effettua un servizio di consulenza.
- Proxy finanziario utilizzata per quantificare l'impatto: tariffario per la prestazione di counselling/colloquio base accoglienza, psico-socio-educativo (53,60€/persona). Questo valore viene moltiplicato per la

quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto di 1.048.201,60 € (18,79% del valore sociale netto).

Impatto 5: Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di contrazione di malattie sessualmente trasmissibili

- Indicatore: numero di contatti a cui sono stati distribuiti preservativi e kit prevenzione.
 - Quantità a febbraio 2024: 69.067 (il 67% del totale dei contatti).
 - Metodologia: viene considerato il totale di siringhe, pipotti, stagnole, lacci, Naloxone e altri presidi distribuiti durante le uscite a circa il 67% dei contatti.
- Proxy finanziario utilizzata per quantificare l'impatto: costo degli esami di controllo per malattie a trasmissione sessuale con SSR (66€/persona). Questo valore viene moltiplicato per la quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto a cui viene applicato una percentuale di mitigazione dell'80% considerando altri effetti che potrebbero incidere sulla riduzione del rischio di contrazione delle MST, indipendentemente dall'esistenza del servizio. Il valore sociale netto è di 911.688,80 € (16,34% del valore sociale netto).

Impatto 6: Incremento di comportamenti responsabili - riduzione del rischio di incidentalità stradale

- Indicatore: numero dei contatti ai quali si misura l'alcolemia (prima di guidare).
 - Quantità a febbraio 2024: 1.365 (il 1,32% del totale dei contatti).
 - Metodologia: il dato di questo indicatore viene raccolto tramite una domanda che individua gli utenti a cui si è misurato il tasso di alcolemia prima di guidare.
- Proxy finanziario utilizzata per quantificare l'impatto: costo unitario medio per pazienti medicati al pronto soccorso per incidente stradale (121,74€/persona) e costo medio nazionale dei sinistri nel 2020 (1906€/sinistri). Questo valore viene moltiplicato per la quantità dell'indicatore per derivare il valore sociale netto a cui viene applicata una percentuale di mitigazione dell'80% considerando altri effetti che potrebbero incidere sulla riduzione del rischio di incidentalità stradale indipendentemente dall'esistenza del servizio. Il valore sociale netto è di 553.573,02 € (9,92% del valore sociale netto).

Una proposta ai decisori politici

Il panorama dei servizi di Rdd e Ldr in Italia rivela un potenziale significativo. Attraverso il processo di VIS è emerso chiaramente che questi servizi non solo migliorano le condizioni di vita delle persone, ma generano anche risparmi economici considerevoli per la comunità nel suo complesso. La nostra proposta è di integrare i servizi di Rdd e Ldr nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) su tutto il territorio nazionale, in linea con le indicazioni del Dpcm 12 gennaio 2017. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso un **piano nazionale di misurazione dell'impatto di tali servizi**, che sia sistematico, completo e trasparente.

Tale piano avrebbe diversi obiettivi:

1. **misurare l'impatto sociale**: utilizzare metodologie chiare e affidabili, come l'analisi dei costi e dei benefici, l'analisi costi-efficacia e l'analisi costi-utilità, come permette anche la piattaforma sperimentale che abbiamo implementato, per valutare l'efficacia e l'impatto sociale dei servizi di Rdd e Ldr su scala nazionale. Questo permetterebbe di quantificare in modo preciso i benefici generati dai servizi in termini di salute pubblica, sicurezza sociale ed economica;
2. **garantire investimenti adeguati**: utilizzare almeno l'80% dei risparmi economici generati dalla VIS per finanziare la diffusione e la continuità dei servizi di Rdd e Ldr su tutto il territorio nazionale. Questo assicurerebbe che i servizi ricevano le risorse necessarie per operare in modo efficace e sostenibile;
3. **promuovere la diffusione dei servizi**: implementare politiche e incentivi che favoriscano l'espansione e l'accessibilità dei servizi di Rdd e Ldr in tutte le regioni italiane. Ciò potrebbe includere la creazione di reti di collaborazione tra organizzazioni locali, l'istituzione di incentivi fiscali per le aziende che sostengono tali servizi e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza di questi servizi;
4. **coinvolgere le parti interessate**: coinvolgere attivamente tutte le parti interessate, inclusi operatori sanitari, organizzazioni della società civile, esperti di valutazione e ricerca, nonché le persone che utilizzano direttamente i servizi nel processo decisionale e nella valutazione dell'impatto dei servizi di Rdd e Ldr.

In conclusione, investire nei servizi di Rdd e Ldr non solo rappresenta un passo fondamentale per migliorare la salute e il benessere delle persone, ma anche un'opportunità per generare risparmi economici significativi per l'intera comunità. Attraverso un piano nazionale di misurazione dell'impatto sociale e un adeguato finanziamento possiamo garantire che questi servizi diventino parte integrante del sistema sanitario nazionale, contribuendo così a costruire una società più sana, sicura ed equa per tutti i cittadini italiani.